FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNEE 1969

THESE

N° 691

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean-Pierre, Marie CAILLOT

Né le 7 Octobre 1936 à MONTRY (S.-et-M.)

Interne des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le

PSYCHOTHERAPIE DES PSYCHOSES

A propos d'une psychothérapie psychanalytique individuelle d'un délire paranoïde ou d'une forme paranoïde de schizophrénie

Président : Monsieur E. HOUSSET (Professeur)

DACTYLO-SORBONNE

8, Rue Casimir-Delavigne

PARIS-VI°

1969

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41538115_0025

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

-:-

Année 1969 N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Jean-Pierre, Marie CAILLOT

Né le 7 octobre 1936 à Montry (S.-et-M.)

Interne des Hôpitaux de Paris

-:-

Présentée et soutenue publiquement
le

-:-

PSYCHOTHERAPIE DES PSYCHOSES

A propos d'une psychothérapie psychanalytique individuelle d'un délire paranoïde ou d'une forme paranoïde de schizophrénie

-:-

Président : Monsieur E. HOUSSET (Professeur)

-:-

DACTYLO-SORBONNE
8, rue Casimir Delavigne
PARIS - 6ème
1969

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. ALAJOUANINE (T), BENARD (H), BERNARD (E), BINET (L), BULLIARD (H), CATHALA (J), CHABROL (E), CHAILLEY-BERT (P), CHEYMOL (J), DEBRE (R), FEY (B), GALLIARD (H), GAUDART d'ALLAINES (F.de), GENNES (L.de), GIROUD (A), HAZARD (R), HEUYER (G), LAROCHE (G), LAVIER (G), LELONG (M), LEVY (Mlle J), LEVY-SOLAL (E), LIAN (C), MARCHAL (G), MATHIEU (P), MONOD (R), MOREAU (R), MOULONGUET (P), PASTEUR VALLERY-RADOT, PETIT-DUTAILLIS (D), PIEDELIEVRE(R), QUENU (J), RENARD (G), SENEQUE (J), STROHL (A), TANON (L), VERNE (J).

DOYEN ..... Georges BROUET

1er assesseur ..... Daniel BARGETON
2e assesseur ..... Jean GOSSET

I - PROFESSEURS

I°- CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires

	MM.
Anatomie	DELMAS (A) HUARD (P)
Anatomie et cytologie pathologiques	DELARUE (J)
Anesthésiologie	VOURC'H(G)
Bactériologie et virologie	TOURNIER (P)
Biochimie médicale	JAYLE (M.F) POLONOVSKI(J DESGREZ (P)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	MALMEJAC (J)
Biologie médicale	FAUVERT (R)
Biophysique médicale	BUGNARD (L) DOGNON (A) DJOURNO (A)
Cancérologie expérimentale	MATHE (G)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	GOURY (Ch.)
Histologie et Embryologie	TUCHMANN- DUPLESSIS(H) COUJARD (R)

	MM.
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J)
Médecine du travail	DESOILLE (H)
Médecine légale, Droit médical et déontologie	DEROBERT (L)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R)
Parasitologie	N...
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G) KUSS (R) VERNE (J.M)
Pathologie exotique	BRUMPT (L.C)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.P)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl) BRICAIRE(H) PEQUIGNOT(H)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J)
Pathologie et thérapeutique générales	MAURICE (P)
Pharmacologie	BOISSIER (JR) LECHAT (P)
Physiologie	BARGETON (D) PARROT (J)
Physiologie et pathologie obstétricales	LEPAGE (F)
Radiologie médicale	DESGREZ (H)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	LAMOTTE (M)
Thérapeutique appliquée	N...

b) Professeurs à titre personnel

Anatomie	CABROL (Ch)
Anatomie anthropologique	OLIVIER (G)
Anatomie pathologique	NEZELOF (Ch)
Bactériologie	BARBIER (P)
Biochimie médicale	DREYFUS(J.Cl)
Biologie médicale	BOURLIERE (F)
Parasitologie	LARIVIERE (M)
Pathologie expérimentale	LOEPER (J)
Physiologie	DEJOURS (P) SCHERRER (J)

MM.

Pathologie médicale
à titre personnel ..... AZERAD (E)
- - ..... BOUR (H)
- - ..... BROCARD (H)
- - ..... CAROLI (J)
- - ..... FACQUET (J)
- - ..... LAMBLING (A)
- - ..... LAUNAY (Cl.)
- - ..... PAYET (M)
- - ..... PERRAULT (M)
- - ..... SIGUIER (F)
- - ..... WORMS (R)
- - ..... BOUVIER (J)
Pathologie respiratoire ..... TURIAF (J)
Pathologie et Thérapeutique
générales ..... MAURICE (P)
Thérapeutique ..... LAMOTTE (M)
Thérapeutique appliquée ..... MARCHE (J)

Chaires de Cliniques :

Clinique cardiologique (Boucicaut) LENEGRE (J)
- - (Broussais)..... SOULIE (P)
Clinique dermatologique (St-Louis) DUPERRAT (F)
Clinique des maladies cutanées
et syphilitiques (Saint-Louis)..... DEGOS (R)
Clinique endocrinologique (Pitié)... DECOURT (J)
Clinique des maladies infectieu-
ses (Claude-Bernard) ..... MOLLARET (P)
à titre personnel ..... BASTIN (R)

Clinique des maladies mentales et
de l'encéphale (Sainte-Anne) ..... DELAY (J)
à titre personnel (neuro-
psychiatrie) ..... PICHOT (P)
Clinique des maladies du système
nerveux (Salpêtrière) ..... CASTAIGNE (P)
Clinique neurologique (Salpêtrière)GARCIN (R)
à titre personnel ..... LHERMITTE (F)
Clinique de neuro-psychiatrie
infantile (Salpêtrière) ..... MICHAUX (L)

MM.

Clinique des maladies du sang (Broussais)	BERNARD (J)
à titre personnel (hématologie)	ANDRE (R)
- - -	BOUSSER (J)
- - -	DREYFUS (B)
Cliniques médicales — Bicêtre	DEPARIS (M)
Cliniques médicales — Broussais	MILLIEZ (P)
Cliniques médicales — Cochin	PEQUIGNOT (H)
Cliniques médicales — Hôtel-Dieu	BARIETY (M)
Cliniques médicales — Pitié	DREYFUS (G)
Cliniques médicales — Saint-Antoine	BOUDIN (G)
Cliniques médicales — -	CONTE (M)
Cliniques médicales — -	KOURILSKY (R)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	JUSTIN-BESANCON (L)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A)
Clinique et Séméiologie médicales (Antoine-Chantin)	DOMART (A)
Séméiologie médicale (Lariboisière)	BOUVRAIN (Y)
- - (Pitié)	RAMBERT (P)
- - (Rothschild)	WOLFROMM (R)
Clinique d'Hydrologie et de Climatologie (Bichat)	DEBRAY (Ch)
à titre personnel	GIBERTON (A)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies métaboliques (Hôtel-Dieu)	DEROT (M)
Clinique néphrologique (Necker)	HAMBURGER (J)
à titre personnel	RICHET (G)
- -	CROSNIER (J)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	ROYER (P)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)	MOZZICONACCI(P
Clinique médicale infantile et de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J)
Clinique de pédiatrie (Trousseau)	BRISSAUD (H)
à titre personnel	LESOBRE (R)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	THIEFFRY (S)

	MM.
Hygiène et Clinique de la première enfance (Trousseau)	LAPLANE (R)
à titre personnel	POLONOVSKI(Cl.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	BROUET (G)
à titre personnel	KREIS (B)
- -	MEYER (A)
Clinique de rééducation motrice	GROSSIORD (A)
Electroradiologie	LEDOUX-LEBARD (M) / LEFEBVRE (J)
Radiologie médicale	DESGREZ (H)
à titre personnel	FISCHGOLD (H)
- -	TUBIANA (M)
- -	CHERIGIE (E)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	DELBARRE (F)
Clinique rhumatologique (Lariboisière)	SEZE (S.de)
Clin. toxicologique (Fernand-Widal)	GAULTIER (M)

2°- Chirurgie

Anesthésiologie	VOURC'H (G)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G) / KUSS (R) / N...
à titre personnel	RAMADIER (J)
Physiologie et pathologie obstétricales	MORIN (P)
Technique chirurgicale et chirurgie expérimentale	MONSAINGEON(A)

Chaires de Cliniques :

Clinique carcinologique (Gustave-Roussy)	DENOIX (P)
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H)
à titre personnel	BREHANT (J)

		MM.
Cliniques chirurgicales	Beaujon	LORTAT-JACOB (J.L)
	-	BAUMANN (J)
	Cochin	LEGER (L)
	Hôtel-Dieu	PATEL (J)
	St-Antoine	GOSSET (J)
	Salpêtrière	SICARD (A)
	Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)		ROUX (M)
Séméiologie et clinique chirurgicales(Broussais)		POILLEUX (F.)
Séméiologie et clinique chirurgicales (Saint-Louis)		DEBEYRE (J)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique(Cochin)		MERLE d'AUBIGNE(R)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Foch)		PADOVANI (P)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Beaujon)		CAUCHOIX (J)
Clinique traumatologique et orthopédique (Raymond-Poincaré)		JUDET (R)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique(Enfants-Malades)		FEVRE (M)
à titre personnel		CHIGOT (P.L)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)		DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie thoracique (Laennec)		MATHEY(J)
à titre personnel		GAUDART D'ALLAINES (Cl. de)
Clinique chirurgicale et gynécologique (Broca)		HUGUIER (J)
Clinique obstétricale (Baudelocque)		LEPAGE (F)
Clinique obstétricale (Saint-Antoine)		MERGER (R)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)		VARANGOT (J)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)		DAVID (M)
à titre personnel		LEBEAU (J.)

	MM.
Clinique ophtalmologique (Cochin)	BREGEAT (P)
- - (Hôtel-Dieu)	OFFRET (G)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)	CERNEA (P)
Clinique urologique (Cochin)	ABOULKER (P)
- - (Necker)	COUVELAIRE (R)

C - PROFESSEURS SANS CHAIRE

Anatomie	GILLOT (Cl.)
Anatomie pathologique	GOUYGOU (Ch.)
Bactériologie	CHRISTOL (D)
Bactériologie	LE MINOR (L)
Biochimie médicale	CARTIER (P) GONNARD (P) NORDMANN (J)
Chirurgie	CERBONNET (G)
Hématologie	BESSIS (M) BILSKI-PASQUIER(
Hygiène	BLANCHER (G) CORRE-HURST(Me L
Médecine légale	CECCAL (P) HADENGUE (A) FOURNIER (E)
Médecine générale	AUSSANNAIRE(M)
Maladies infectieuses	DUPONT (V)
Neuro-psychiatrie	TARDIEU (G)
Pédiatrie	ROSSIER (A)
Physique médicale	COURSAGET (J) GREMY (F) PELLERIN (P)
Physiologie	DURAND (J) GIRARD (Fr.) HUGELIN (A)
Stomatologie	CHAPUT (Mme A)
Pharmacologie	SCHMITT (H)

D - PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Pathologie chirurgicale	RUDLER (J) Pr.s.ch.

E - PROFESSEURS ASSOCIES

	MM.
Hormonologie	MORICARD (R)
Statistique médicale et épidémiologie	SCHWARTZ (D)
Néphrologie	MAXWELL (M)

Secrétaire général de la Faculté — M. LENA (J)

Conseiller administratif — M. SALLIER (G)

Conservateur en Chef de la Bibliothèque — M.le Docteur HAHN (A)

Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine — M.le Docteur HAHN (A)

Conservateurs — Mme FORGET (F), Mlles DUMAITRE (P), LAURENT(H), LE NOIR(

Bibliothécaires — Mmes CONTET (J), Mlles DUROZOY(M.F), ROBERGE (D), LE QUANG LINH (G), REUGE (M)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A ma FEMME

A Monsieur le Professeur E. HOUSSET

Professeur à la Faculté de Médecine
de Paris

Qui a bien voulu accepter
la présidence de cette
thèse

A Monsieur le Professeur BOURGUIGNON

Qui nous a dirigé dans ce travail et à qui nous témoignons notre profonde gratitude

A mes Maîtres d'Externat

Monsieur le Professeur PETIT-DUTAILLIS

et ses assistants :

Monsieur le Professeur PERTUISET
Monsieur le Docteur LE BESNERAIS

Monsieur le Professeur CORDIER

in memoriam

et ses assistants :

Monsieur le Professeur CABROL
Monsieur le Professeur GARNIER

Monsieur le Docteur P. HILLEMAND

Monsieur le Professeur BROCARD

Monsieur le Docteur JAMAIN

A mes Maîtres d'Internat

Monsieur le Professeur BARBIZET

Monsieur le Professeur BOUDIN

et son assistant :
Monsieur le Docteur LAURAS

Monsieur le Docteur P. DEBRAY

Monsieur le Professeur MAHOUDEAU

et son assistant :
Monsieur le Docteur ELISSALDE

En témoignage de ma sincère
reconnaissance

PSYCHOTHERAPIE DES PSYCHOSES

A propos d'une psychothérapie psychanalytique individuelle d'un délire paranoïde ou d'une forme paranoïde de schizophrénie

-:-

SOMMAIRE

-:-

I N T R O D U C T I O N

PREMIERE PARTIE

L'HISTOIRE ET LA DEFINITION DE LA NOTION DE SCHIZOPHRENIE AINSI QUE L'HISTOIRE DE LA PSYCHOTERAPIE DES PSYCHOSES.

- Premier chapître : du Concept de Schizophrénie.
- Deuxième chapître : historique de la Psychothérapie analytique des Psychoses.

DEUXIEME PARTIE

HISTOIRE DU CAS AVANT LA PSYCHOTHERAPIE.

TROISIEME PARTIE

LE DELIRE - LA RELATION PSYCHOTHERAPIQUE (TRANSFERT, CONTRE-TRANSFERT).

QUATRIEME PARTIE

REMARQUES GENERALES AU SUJET DES PROBLEMES QUE POSE LA PSYCHOTHERAPIE DES PSYCHOSES.

C O N C L U S I O N

BIBLIOGRAPHIE - SOMMAIRE

INTRODUCTION

-:-

Les propos qui vont suivre, concernant une psychothérapie analytique individuelle d'un délire paranoïde, contiennent un matériel clinique que nous recueillons depuis trois ans, ainsi que les notes prises au cours de réflexions et de lectures traitant du développement des premiers stades de l'enfant, des psychoses et de la thérapie des psychoses.

Il s'agit de la psychothérapie d'un homme de 30 ans, présentant un délire paranoïde depuis l'âge de 28 ans ; celle-ci fut commencée en milieu institutionnel dans le service de Monsieur le Professeur BOURGUIGNON, et sous sa direction, alors que nous étions en deuxième année d'Internat et après plusieurs mois d'analyse personnelle.

Nous étudierons successivement :

1 - L'histoire et la définition de la notion de schizophrénie ainsi que l'histoire de la psychothérapie des psychoses.

11 - L'histoire du cas avant la psychothérapie, en rappelant également les antécédents familiaux qui nous semblent présenter un certain intérêt.

111 - La troisième partie de cet ouvrage

sera consacrée à l'étude de la relation psychothérapique c'est à dire l'étude du transfert et du contre-transfert ainsi qu'à l'étude du délire en tant qu'expression de l'angoisse psychotique et moyen de défense contre cette angoisse.

1V - Dans une quatrième partie nous aborderons les principaux problèmes que pose en général la psychothérapie individuelle de ces malades : indication d'une cure psychothérapique, les difficultés relationnelles et les tentatives proposées pour les résoudre, les associations thérapeutiques, les résultats thérapeutiques et les fins de cure.

-:-

PREMIERE PARTIE

L'HISTOIRE ET LA DEFINITION DE LA NOTION DE SCHIZOPHRENIE AINSI QUE L'HISTOIRE DE LA PSYCHOTHERAPIE DES PSYCHOSES.

PREMIER CHAPITRE.

H I S T O R I Q U E

-:-

A - DU CONCEPT DE SCHIZOPHRENIE.

Avant d'aborder les notions modernes concernant la schizophrénie, nous ferons un bref rappel de l'historique de la notion de schizophrénie, que nous emprunterons à H. EY (3).

"Les malades que l'on range actuellement dans ce groupe représentent des "aliénés" qui ont d'abord frappé par leur étrangeté, leurs bizarreries et l'évolution progressive de leurs troubles vers un état d'hébétude, d'engourdissement et d'incohérence.

Ces malades ont depuis longtemps attiré l'attention des cliniciens car, parmi tous ceux qui peuplaient les asiles du XIXème siècle, ils avaient un air de famille. MOREL en France décrivait certains d'entre eux "frappés de stupidité dès leur jeune âge sous le nom de "démences précoces", en Allemagne HECKER désigna leur maladie comme une hébéphrénie (état démentiel des jeunes gens) et KALHBAUM, s'intéressant surtout à leurs troubles psychomoteurs (inertie, flexibilité cireuse, catalepsie, hyper-kinésie, pathétisme des expressions, maniérisme), les décrivit comme atteints de ca-

tatonie. De 1890 à 1907, E. KRAEPLIN (dans les éditions successives de son célèbre traité des maladies mentales où il s'efforçait de décrire les entités nosographiques précises) rassembla tous ces cas sous le nom de Dementia precox. Pour lui, celle-ci était une espèce de folie caractérisée par son évolution progressive vers un état d'affaiblissement psychique et par les troubles profonds de l'affectivité (indifférence, apathie, sentiments paradoxaux). Il distinguait dans cette démence précoce trois formes cliniques :

- une forme simple, l'hébéphrénie ;
- une forme catatonique ou hébéphréno-catatonique ;
- une forme paranoïde définie par l'importance des idées délirantes plus ou moins extravagantes et enchevêtrées.

Tous les observateurs de cette époque (CHASLIN, SEGLAS, STRANSKY etc...) notaient qu'il s'agissait dans ces cas moins de "démence" (au sens d'affaiblissement intellectuel global, progressif et irréversible) que d'une "dissociation" de la vie psychique qui perd son unité, d'une sorte de "désagrégation de la personnalité". C'est précisément cette notion qui est impliquée dans le concept même de schizophrénie, mot par lequel E. BLEULER en 1911 proposa de désigner le groupe des "déments précoces". Lorsque BLEULER a choisi le terme de schizophrénie, c'était dans le souci, nous disent J. LAPLANCHE et J.B. PONTALIS (8) "que la dénomination même rappelât ce qui pour lui était, au delà des "symptômes accessoires" qui peuvent se rencontrer ailleurs -hallucinations par exemple), un symptôme fondamental de l'affection, la Spaltung : "je nomme la démentia

precox Schizophrénie parce que... la Spaltung des fonctions psychiques les plus diverses en est une des caractéristiques les plus importantes".

BLEULER, qui a souligné l'influence sur sa pensée des découvertes de FREUD et qui, professeur de psychiatrie à Zürich participait aux recherches poursuivies par JUNG, emploie le terme de Spaltung dans une acception bien différente de celle que lui donne FREUD (FREUD désigne ainsi un phénomène bien particulier qu'il voit à l'oeuvre surtout dans le féchitisme et les psychoses : la coexistence, au sein de moi, de deux attitudes psychiques à l'endroit de la réalité extérieure en tant que celle-ci vient contrarier une exigence pulsionnelle : l'une tient compte de la réalité, l'autre dénie la réalité en cause et met à sa place une production du désir. Ces deux attitudes persistent côte à côte sans s'influencer réciproquement).

Pour BLEULER, "La Spaltung est avant tout un trouble des associations qui régissent le cours de la pensée".

Dans la schizophrénie il conviendrait de distinguer des symptômes "primaires", expression directe du processus morbide et des symptômes "secondaires" qui ne sont que "... la réaction de l'âme malade" au processuspathogène.

- Le trouble primaire de la pensée pourrait être défini comme un relâchement des associations : "les associations perdent leur cohésion. Parmi les milliers de fils qui guident nos pensées, la maladie en rompt, ici et là, de façon irrégulière, tantôt tel ou tel, tan-

tôt un certain nombre, tantôt une grande partie. De ce fait le résultat de la pensée est insolite et souvent faux du point de vue logique".

- D'autres troubles de la pensée sont secondaires, traduisant la façon dont les idées se regroupent, en l'absence de "représentations-buts", sous la dénomination des complexes affectifs : "étant donné que tout ce qui s'oppose à l'affect est réprimé plus qu'il n'est normal et que ce qui va dans le sens de l'affect est favorisé de façon également anormale, il en résulte finalement que le sujet ne peut plus du tout penser ce qui contredit une idée marquée d'affect : le schizophrène dans sa prétention ne rêve que de ses désirs ; ce qui pourrait empêcher leur réalisation n'existe pas pour lui.

C'est ainsi que des complexes d'idées, dont le lien est plutôt un affect commun qu'une relation logique, se trouvent non seulement formés mais renforcés. N'étant pas utilisées, les voies associatives qui mènent d'un tel complexe à d'autres idées perdent, en ce qui concerne les associations adéquates, leur viabilité ; le complexe idéatif marqué d'affect se sépare toujours davantage et parvient à une indépendance toujours plus grande (Spaltung des fonctions psychiques).

En ce sens, la Spaltung schizophrénique est rapprochée par Bleuler de ce que Freud a décrit comme le propre de l'inconscient, la subsistance côte à côte de groupements de représentations indépendants les uns des autres, mais pour lui la Spaltung, en tant qu'elle implique le renforcement de groupes associatifs, est

secondaire à un déficit primaire qui est une véritable désagrégation du processus mental. Aussi bien Bleuler différencie-t-il deux moments de la Spaltung : une Zerspaltung primaire (une désagrégation, un véritable éclatement) et une Spaltung proprement dite (clivage de la pensée en différents groupements) : "la Spaltung est la condition préalable de la plupart des manifestations plus compliquées de la maladie ; elle imprime son sceau particulier à toute la symptomatologie. Mais derrière cette Spaltung systématique en complexes idéatifs déterminés, nous avons trouvé, antérieurement, un relâchement primaire de la texture associative qui peut conduire à une Zerspaltung incohérente de formations aussi solides que les concepts concrets. Dans le terme de Schizophrénie, j'ai visé deux sortes de Spaltung dont les effets souvent se fondent ensemble".

Les résonnances sémantiques du terme français de dissociation par lequel on traduit la Spaltung schizophrénie évoquent plutôt ce que Bleuler décrit comme Zerspaltung.

Après ce bref rappel historique de la notion de schizophrénie, nous en donnerons une définition admise par la plupart des psychiatres, puis nous aborderons la théorie psychanalytique du délire où les successeurs de Freud, tel que Mélanie Klein, Frieda Fromm-Reichmann, M. A. Sechehaye, J. Rosen et plus récemment en France, S. Nacht et P. A. Racamier, S. Lebovici ont contribué à son élaboration.

Ainsi H. Ey (3) pense qu'il faut définir la Schizophrénie comme une psychose chronique qui altère profondément la personnalité et qui doit être considérée comme une espèce d'un genre, celui des psychoses délirantes chroniques. Elle

se caractérise par une transformation profonde et progressive de la personne, qui cesse de construire son monde en communication avec autrui pour se perdre dans une pensée autistique, c'est à dire dans un chaos imaginaire.

L'absence de définition rigoureuse n'empêche pas cependant de s'entendre pratiquement sur le diagnostic de psychose schizophrénique. Et on entend généralement par là un ensemble de troubles où dominent la discordance, l'incohérence idéo-verbale, l'ambivalence, l'autisme, les idées délirantes et les hallucinations mal systématisées et de profondes perturbations affectives dans le sens du détachement et de l'étrangeté des sentiments-troubles qui ont tendance à évoluer vers un déficit et une dissociation de la personnalité.

Nous avons dit avec H. Ey, il y a quelques instants, qu'il s'agissait d'une psychose chronique ; notons ici une modification dans le vocabulaire qui nous paraît importante introduite par Racamier (13) récemment lorsqu'il aborde la psychothérapie analytique des psychoses, où l'auteur propose une classification commode des états psychotiques, inspirée de celle d' Eissler (Eissler K. R., Remarks on the psychoanalysis of schizophrénia, Psychiatry, 1943, 6, 381-391). Il distingue les états psychotiques évolutifs se référant à une certaine évolution, aiguë ou sub-aiguë, des états psychotiques prolongés parmi lesquels la schizophrénie. C'est ce remplacement de l'adjectif chronique par celui de prolongé qui nous frappe, car c'est ainsi mettre l'acdent sur une fin possible du processus psychotique, ce qui évidemment bouleverse notre conception de la maladie et notre attitude thérapeutique.

Abordons maintenant la théorie psychanalytique du délire, et ici paranoïde c'est à dire du délire de persécution, flou, non systématisé.

Avec Müller C. (11) rappelons quelques réflexions de Freud sur le problème des psychoses : en 1896 avec l'analyse "d'un cas de paranoïa chronique" Freud nous montre pour la première fois qu'il est possible de comprendre le sens des symptômes, c'est à dire les hallucinations et la formation du délire.

Il dit textuellement que ces hallucinations ne sont rien d'autre que des fragments appartenant au contenu d'expériences refoulées de l'enfance. Il y montre également qu'au contraire de la névrose obsessionnelle les refoulements y prennent la forme de projections. Et c'est en 1898 que Freud découvrit l'analogie entre le rêve et l'hallucination. Semblables dans leur contenu symbolique, l'un et l'autre peuvent être compris comme manifestations de la régression.

Le cas "Schreber" nous fournit une foule d'observations importantes, dont l'une est capitale : le délire constitute en réalité une tentative de guérison, de reconstruction.

Passant à ses travaux sur le narcissisme, nous rencontrons cette conclusion décisive : le délire représentant un essai de maîtriser une libido repliée sur le Moi. Durant cette tentative de guérison, les objets sont à nouveau investis de libido mais cette fois-ci, d'une façon toute autre qu'au cours de la cathéxis primaire (cathexis : liaison entre un objet-but et l'apaisement d'une tendance -Tolman- 1949 - Munay 1938 : le caractère de

ce qui suscite un besoin). Alors que Freud travaille à la construction toujours grandissante de sa psychologie du Moi, il en vient à distinguer toujours mieux entre les mécanismes pathologiques de la névrose et de la psychose.

Lorsque Freud déclare : "Poussé par le "ça", cerné par le "Sur moi", rejeté par la Réalité -voilà le "moi" qui lutte pour accomplir sa tâche de manière économique", de telles paroles révèlent une compréhension de la catastrophe psychotique. Une autre phrase dans la nouvelle suite des "Vorlesungen" nous le montre aussi : "la psychose réalise le détachement de la réalité de deux façons : ou bien ce qui est INCONSCIENT et refoulé prend tant d'ampleur qu'il subjugue la conscience du réel ; ou bien la réalité comporte tant de frustrations et de douleurs qu'elle devient insupportable pour le MOI. Celui-ci, menacé, se jette alors, en un mouvement de révolte désespérée, dans les bras de l'inconscient et des pulsions".

Ailleurs Freud anticipe notre discussion actuelle sur le rôle des frustrations : "la régression de la libido découle d'une certaine relation avec le monde extérieur, en général d'une privation de jouissance. C'est de cette relation qu'elle tient son droit et son utilité momentanée. Sans elle, elle ne pourrait avoir lieu".

En 1937, Freud écrit "le mécanisme de formation du délire se présente à nous d'ordinaire sous deux aspects seulement. D'une part, le détachement du monde réel et ses motifs, d'autre part, l'influence du refoulement sur le contenu du délire. Cependant, le processus dynamique ne se présenterait-il pas ainsi : les

forces refoulées utilisent la fuite devant la réalité pour monter au jour et s'imposer à la conscience. Et les résistances suscitées au cours de ce processus, ainsi que la tendance à une réalisation du désir seront également responsables de la déformation du matériel défoulé".

Avant d'aborder les premiers stades de développement de l'enfant selon Abraham et surtout Mélanie Klein, nous rappelerons encore les travaux de Freud concernant le cannibalisme, notion fondamentale pour la compréhension des psychoses et des premières relations d'objet.

On rencontre dans l'édition de 1905 des "Trois essais sur la théorie de la sexualité" une allusion au cannibalisme. Dans l'édition de 1915 des Trois essais, Freud introduit l'idée d'organisation orale, le cannibalisme caractérisant ce stade du développement psychosexuel. On y lit : "L'identification se comporte comme un produit de la première phase, de la phase orale de l'organisation de la libido, de la phase pendant laquelle on s'incorporait l'objet désiré et apprécié en le mangeant, c'est à dire en le supprimant. On sait que le cannibale en est resté à cette phase : il mange volontiers ses ennemis et il ne mange que ceux qu'il aime" (4).

Freud ajoute "A l'origine, dans la phase orale, primitive de l'individu, la concentration sur un objet et l'identification sont des démarches difficiles à distinguer l'une de l'autre. A des phases ultérieures, on peut seulement supposer que la concentration sur l'objet a pour point de départ le ça pour le-

quel les tendances érotiques constituent des besoins. Le moi, encore faible au début, n'a généralement aucune connaissance de ces concentrations sur des objets, les subit sans s'en rendre compte ou cherche à s'en défendre contre elles à l'aide du refoulement" (4).

C'est dans "Totem et Tabou" 1912-13 (5) que la notion de cannibalisme trouve son premier développement. Freud souligne, dans cette pratique des "peuples primitifs", la croyance qu'elle implique : "en ingérant des parties du corps d'une personne dans l'acte de dévoration, on s'approprie aussi les propriétés qui ont appartenu à cette personne". La conception freudienne du "meurtre du père" et du "repas totémique" donne à cette idée une grande portée : "un jour des frères... se rassemblèrent, tuèrent et dévorèrent le père, mettant ainsi fin à la horde primitive... Dans l'acte de dévoration ils accomplirent l'identification avec lui, chacun s'appropriant une partie de sa force".

A la suite de Freud, on parle parfois de stade cannibalique pour désigner le stade oral et lorsque K. Abraham subdivise le stade oral en deux phases, phase de succion préambivalente et phase de morsure ambivalente, c'est la seconde qu'il qualifie de cannibalique. Ainsi le terme de cannibalique souligne certains caractères de la relation d'objet orale, que nous détaillerons avec M. Klein ultérieurement : union de la libido et de l'agressivité, incorporation et appropriation de l'objet et de ses qualités. Les étroits rapports qui existent entre la relation d'objet orale et les premiers modes d'identification sont impliqués par la notion même de cannibalisme.

Racamier (13) constate que "la psychose se spécifie toujours plus comme un problème prégénital et qu'il n'est pas surprenant que les principaux "inventeurs" après Freud de la phase orale, Abraham et M. Klein, aient conjugué leurs recherches avec l'exploration des états psychotiques. Et c'est par une accession constante et dénuée d'angoisse aux premiers thèmes de l'évolution instinctuelle que plus récemment des praticiens tels que Rosen sont parvenus à se mouvoir avec une remarquable aisance au sein du monde psychotique.

Toutefois, le dernier mais non moins important progrès dans la compréhension et la maniement des psychoses, nous le devons à une meilleure connaissance du Moi, non pas tant du Moi dans ses fonctions défensives courantes que du moi dans ses fonctions synthétiques et dans sa formation même.

Une importance primordiale s'accorde à cet égard à deux oeuvres forgées durant les années 30 : celles de Federn et de Mélanie Klein.

- de celle de Federn, il suffit d'indiquer ici qu'elle aborde le moi comme une entité globale, dont l'intégrité et le fonctionnement synthétique dépendent étroitement des charges pulsionnelles qu'il reçoit dans sa masse ou à ses frontières. La théorie de Federn est une forte tentative de synthèse des apports de la psychopathologie moderne et de l'analyse.

- l'oeuvre de M. Klein a profondément rénové les problèmes de la psychose... Son originalité, d'ailleurs discutée, est de faire du Moi non seulement l'arbitre de l'angoisse, mais encore l'enjeu des anxiétés les plus primiti-

ves. Pour M. Klein le moi se forme très tôt, dans les affres des plus précoces et fragiles relations objectales... Une des importantes implications de cette théorie est que la psychose sera abordée selon la même procédure que la névrose.

On voit, ajoute Racamier, "que tout éclaircissement des processus génétiques de la formation du moi et des relations objectales primordiales trouve son aboutissement direct dans la connaissance et le maniement des états psychotiques".

Avant de résumer le point de vue de M. Klein sur les angoisses et les défenses du moi du premier âge, il convient de rappeler "qu'il ne fait plus de doute que les points évolutifs auxquels se réfèrent les régressions psychotiques se situent autour de cette phase capitale de l'établissement des premières relations objectales et de la constitution du Moi". Racamier (13).

Nous emprunterons largement au très remarquable chapître de M. Klein (6) intitulé "Notes sur quelques mécanismes schizoïdes" (1946). Nous la citons "les relations objectales existent dès le début de la vie, le premier objet est le sein de la mère, qui se clive pour l'enfant en un sein "bon" (gratificateur) et un sein "mauvais" (frustrateur). Ce clivage aboutit à une séparation de l'amour et de la haine. La relation avec le premier objet partiel implique son introjection et sa projection, et qu'ainsi dès le début, les relations objectales sont modelées par un interaction entre l'introjection et la projection, entre les objets et les situations internes et externes.

Ces processus participent à la construction du moi et du surmoi, et préparent le terrain à l'éveil du complexe d'Oedipe dans la seconde moitié de la première année (correspondant à la position dépressive).

Dès le début, la pulsion destructrice se tourne contre l'objet et s'exprime d'abord dans des phantasmes d'attaques sadiques-orales contre le sein de la mère, qui se développent bientôt en des assauts contre son corps par tous les moyens du sadisme. Les craintes de persécution provenant des pulsions sadiques-orales du bébé qui visent à s'approprier les contenus "bons" du corps de la mère, et des pulsions sadiques-anales qui visent à mettre ses excréments en elle (y compris le désir d'entrer dans son corps pour la contrôler de l'intérieur) ont une grande importance dans le développement de la paranoïa et de la schizophrénie. Diverses défenses sont typiques du premiers mois, comme les mécanismes de clivage de l'objet et des pulsions, d'idéalisation, de déni de la réalité intérieure ou extérieure (remarquons que déni ou idéalisation semblent pouvoir être inclus dans les mécanismes schizoïdes dont le dénominateur commun est le clivage) et d'étouffement des émotions.

Les contenus de l'angoisse sont en particulier la crainte d'être empoisonné ou dévoré (angoisse dite paranoïde ou de persécution).

La plupart de ces phénomènes qui prévalent dans les tous premiers mois de la vie se retrouvent plus tard dans le tableau symptomatologique de la schizophrénie.

Cette première période est appelée "position

schizo-paranoïde" (car y sont à l'oeuvre l'angoisse paranoïde et ses mécanismes de défense dits schizoïdes représentés essentiellement par le clivage). Elle précède l'installation de la position dépressive.

Si les craintes de persécution sont très fortes, et si pour cette raison (entre autres) le bébé ne peut élaborer la position schizo-paranoïde, le travail d'élaboration de la position dépressive se trouve empêché à son tour. Cet échec peut conduire à un renforcement régressif des craintes de persécution et réaffirmer les points de fixations pouvant amener des psychoses graves (je pense au groupe des schizophrénies). Une autre issue de difficultés sérieuses se produisant pendant la période de la position dépressive peut être constituée par des troubles maniaco-dépressif dans la vie ultérieure...

Bien que M. Klein suppose que l'issue de la position dépressive dépend du travail d'élaboration de la phase précédente, elle attribue à la position dépressive un rôle central dans le premier développement de l'enfant. En effet, avec l'introjection de l'objet comme un tout, les relations objectales de l'enfant se modifient fondamentalement.

La synthèse entre les aspects aimés et haïs de l'objet complet donne naissance à des sentiments de deuil et de culpabilité qui impliquent un progrès capital dans la vie émotionnelle du bébé.

Au sujet des "problèmes" du premier moi M. Klein note que l'accent mis par Winnicott sur

la non-intégration du premier moi semble utile car le premier moi manque beaucoup de cohésion et qu'une tendance vers l'intégration alterne avec une tendance à la désintégration, une tendance à tomber en morceaux...

La nécessité vitale d'administrer l'angoisse oblige le premier moi à développer des mécanismes de défense fondamentaux. La pulsion destructrice est en partie projetée à l'extérieur et, selon M. Klein, s'attache au premier objet extérieur le sein de la mère. Comme Freud l'a noté, la portion restante de la pulsion destructrice est dans une certaine mesure liée par la libido à l'intérieur de l'organisme. Cependant, aucun de ces processus n'atteint entièrement son but, c'est pourquoi l'angoisse d'être détruit de l'intérieur reste active. Il semble résulter que de son manque de cohésion le moi, sous la pression de cette menace, tende à tomber en morceaux. Ce morcellement semble sous-tendre les états de désintégration chez les schizophrènes :

- le résultat du clivage est une dispersion de la pulsion destructrice qui est sentie comme la source du danger. M. Klein pense que "l'angoisse primaire d'être anéanti par une force destructrice à l'intérieur, avec la réponse spécifique du moi (tomber en morceaux ou se cliver) peut être extrêmement importante dans tous les processus schizophréniques".

Abordons maintenant les processus de clivage concernant l'objet "dans des états de frustration et d'angoisse les désirs sadiques-oraux et cannibaliques sont renforcés, et le bébé sent alors qu'il a introduit en lui-même le mamelon et le sein en morceaux". C'est pourquoi, en plus de l'opposition entre un sein "bon" et

un sein "mauvais" dans les phantasmes du bébé, le sein frustrateur, est senti comme fragmenté ; le sein gratificateur intériorisé sous la domination des pulsions libidinales dans la tétée est senti comme complet. Ce premier objet "bon" intérieur agit comme un point central dans le moi. Il contrecarre les processus de clivage et de dispersion, il appuie la cohésion et l'intégration, c'est un instrument dans la construction du moi...

Ce moi est incapable de cliver l'objet, interne et externe, sans qu'un clivage correspondant se produise à l'intérieur de lui-même. C'est pourquoi les phantasmes et les sentiments concernant l'état de l'objet interne influencent fondamentalement la structure du moi. Plus le sadisme prévaut dans le processus d'incorporation de l'objet, plus l'objet est senti comme fragmenté, et plus le moi est en danger d'être clivé selon les fragments de l'objet intériorisé.

Etudions maintenant le clivage dans ses rapports avec la projection et l'introjection.

Le clivage est l'un des tous premiers mécanismes de défense contre l'angoisse. L'introjection et la projection sont utilisées aussi au service de ce but primitif du moi dès le début de la vie. La projection, comme Freud l'a décrit, naît de la déflection vers l'extérieur de la pulsion de mort, et, selon Klein elle aide le moi à surmonter l'angoisse en le libérant du danger et du mal. L'introjection de l'objet "bon" est aussi utilisé par le moi comme défense contre l'angoisse.

D'autres mécanismes (clivage, idéalisation,

déni) sont étroitement liés à la projection et à l'introjection. En ce qui concerne le clivage de l'objet, nous devons nous rappeler que dans les états de gratification, les sentiments d'amour se tournent vers le sein gratificateur, tandis que dans les états de frustration la haine et l'angoisse de persécution s'attachent au sein frustrateur.

L'idéalisation est liée au clivage de l'objet parce que les aspects "bons" du sein sont exagérés comme sauvegarde contre la crainte du sein persécuteur. Alors que l'idéalisation est ainsi le corollaire de la crainte de persécution, elle provient aussi de l'intensité des désirs pulsionnels qui recherchent une gratification illimitée et créent ainsi l'image d'un sein inexhaustible et toujours plein de bonté, d'un sein idéal.

- le déni : l'objet partiel "mauvais" n'est pas seulement maintenu séparé de l'objet partiel "bon", mais on dénie jusqu'à son existence, comme la situation totale de frustration et les sentiments mauvais (la douleur) auxquels la frustration donne naissance. Le déni n'est rendu possible que par d'intenses sentiments d'omnipotence, une des caractéristiques essentielles du premier psychisme.

Le déni omnipotent de l'existence de l'objet mauvais et de la situation douloureuse équivaut pour l'inconscient à leur anéantissement par la pulsion destructrice.

Toutefois, ce n'est pas seulement une situation et un objet qui sont déniés et anéantis, c'est une relation objectale qui souffre ce destin ; et par conséquent une partie du moi,

celle d'où émanent les sentiments à l'égard de l'objet est elle aussi déniée et anéantie.

Idéalisation et déni se produisent dans la gratification hallucinatoire : l'invocation omnipotente de la situation et de l'objet idéaux, et l'anéantissement également omnipotent de l'objet "mauvais" persécuteur et de la situation douloureuse.

Ces processus sont fondés sur le clivage simultané de l'objet et du moi. (Dans cette première phase le clivage, le déni et l'omnipotence jouent un rôle semblable à celui du refoulement à un stade ultérieur du développement du moi).

Ici, il importe d'être particulièrement attentif, car cet aspect sur lequel M. Klein insiste nous semble être d'une grande importance pour comprendre certains psychotiques et ainsi interpréter correctement leurs comportements ou leurs délires :

"même quand la libido orale prédomine, des pulsions et des phantasmes libidinaux et agressifs d'autre provenance se manifestent et produisent une confluence des désirs oraux, anaux et urétraux, à la fois libidinaux et agressifs. Les attaques de même nature contre son corps, qui est alors senti comme un prolongement du sein, avant même que la mère soit conçue comme une personne complète. Les assauts phantasmatiques contre la mère suivent deux lignes essentielles : l'une est constituée par la pulsion surtout orale de sucer complètement, de mordre, de déchirer, de voler les contenus "bons" du corps de la mère. L'autre ligne d'attaque dérive des pulsions anales et urétra-

les et implique l'expulsion de substances dangereuses (excréments) hors du moi et vers l'intérieur de la mère. En même temps que ces excréments nocifs, expulsés dans la haine, des parties, clivées du moi sont aussi projetées sur la mère où, pour mieux dire, dans la mère. Ces excréments et ces parties "mauvaises" du sujet sont censés non seulement blesser l'objet, mais aussi le contrôler et prendre possession de lui.

Dans la mesure où la mère arrive à contenir les parties "mauvaises" de la personne propre, elle n'est plus sentie comme un individu séparé, mais elle est sentie comme la personne "mauvaise".

Une grande proportion de la haine contre des parties de la personne propre est alors dirigée contre la mère. Celà conduit à une forme particulière d'identification qui établit le prototype d'une relation d'objet agressive.

M. Klein propose pour ces processus le nom d' "identification projective". Quand la projection dérive surtout du désir de l'enfant de blesser ou de contrôler la mère, il vit celle-ci comme un persécuteur. Dans les troubles psychotiques, cette identification d'un objet avec les parties haïes de la personne propre contribue à intensifier la haine dirigée contre d'autres personnes. En ce qui concerne le moi, le clivage excessif et l'expulsion de parties de lui-même vers le monde extérieur l'affaiblissent considérablement.

Ce ne sont cependant pas seulement les parties "mauvaises" de la personne propre qui sont expulsées et projetées, mais aussi des

parties "bonnes". Les excréments ont alors la signification de cadeaux et les parties du moi qui sont expulsées et projetées dans une autre personne représentant la partie "bonne" c'est à dire aimante, du sujet. L'identification fondée sur ce type de projection influence à son tour radicalement les relations objectales. La projection de sentiments "bons" et de parties "bonnes" du sujet dans la mère est essentiellement pour la capacité de l'enfant de développer de bonnes relations d'objet et d'intégrer son moi. Cependant, si ce processus projectif se produit avec excès, ces parties "bonnes" du moi sont senties comme perdues, et la mère devient de cette façon l'idéal du moi ; ce processus, lui aussi, aboutit à un affaiblissement et à un appauvissement du moi. Ces processus s'étendent bientôt à d'autres personnes, et peuvent aboutir à une extrême dépendance à l'égard de ces représentants extérieurs des parties "bonnes" du sujet. Il peut en résulter aussi une peur d'avoir perdu la capacité d'aimer, parce que le sujet sent qu'il aime son objet surtout à titre de substitut de lui-même. Les processus de clivage et de projection de parties de la personne dans les objets ont donc une importance vitale dans le développement normal aussi bien que dans les relations d'objets anormales. L'effet de l'introjection sur les relations d'objet est également important. L'introjection de l'objet "bon", avant tout du sein maternel, est une condition préalable du développement normal. Un trait caractéristique de la toute première relation avec l'objet "bon", interne et externe, est la tendance à l'idéaliser. Dans des états de frustration ou d'angoisse accrue, le bébé est amené à s'enfuir vers son objet idéalisé interne comme moyen d'échapper à ses per-

sécuteurs. Plusieurs troubles graves peuvent résulter de ce mécanisme : quand la crainte de persécution est trop forte, la fuite vers l'objet idéalisé devient excessive et celà gêne considérablement le développement du moi et perturbe les relations objectales. Il peut en résulter que le moi se sente entièrement asservi à son objet interne et entièrement dépendant de lui comme s'il n'était pour lui qu'une coquille. On trouve donc, en même temps qu'un objet idéalisé non assimilé, le sentiment que le moi n'a ni vie, ni valeur propre. La situation de fuite vers l'objet idéalisé non assimilé exige des processus ultérieurs de clivage dans le moi. En effet, des parties du moi tendent de s'unir à l'objet idéal, alors que d'autres parties luttent pour tenir les persécuteurs internes en lisière. Les diverses formes de clivage du moi et des objets internes aboutissent au sentiment que le moi est en morceaux. Ce sentiment culmine en un état de désintégration. Dans le développement normal, les états de désintégration dont le bébé a l'expérience sont transitoires. Parmi d'autres facteurs, la gratification de la part de l'objet "bon" extérieur l'aide de façon répétée à travers ces états schizoïdes. La capacité du bébé de surmonter des états schizoïdes temporaires est à la mesure de la grande élasticité et de la grande souplesse du psychisme enfantin. Si des états de clivage et donc de désintégration, que le moi est incapable de surmonter, se produisent trop fréquemment et durent trop longtemps, on doit alors les considérer, à mon avis, comme un signe de schizophrénie chez l'enfant, et l'on peut déjà voir certaines indications de cette maladie dans les tous premiers mois de la vie. Chez les patients adultes, des états de dépersonnalisation

et de dissociation schizophrénique semblent constituer une régression à ces états infantiles de désintégration.

Ajoutons, "que la projection d'un monde intérieur surtout hostile, qui est régi par ces craintes de persécution mène à l'introjection."

- "Par récupération d'un monde extérieur hostile, et vice versa, l'introjection d'un monde extérieur distors et hostile renforce la projection d'un monde intérieur hostile".

- Cette notion nous semble extrêmement importante pour la conduite psychothérapique, nous verrons ultérieurement comment pratiquement nous pouvons l'utiliser.

- Lebovici S. et J. Mac Dougall (10) citent à propos de la psychanalyse d'un schizophrène, Rosenfeld qui reprend cette idée de Mélanie Klein : "l'objet existe en fantaisie de façon externe et interne en même temps. Dans ce processus, le moi est en danger d'être complètement submergé. Nous devons nous rappeler que le processus n'est pas stable, parce que l'objet contenant les projections du soi, sitôt que réintrojecté, subit de nouvelles tendances désintégrantes : pratiquement et théoriquement, il est important de considérer le processus sous deux angles : "la projection est là pour sauvegarder le Moi et apparaît d'abord comme un mécanisme de défense, mais non victorieux et même dangereux..." Dans la description qui suit, faite par Mélanie Klein, le syndrome d'influence de la psychiatrie classique semble trouver son explication :

"Un des aspects des processus projectifs

concerne, dit-elle, l'irruption violente à l'intérieur de l'objet et son contrôle par des parties de la personne. Il peut en résulter que l'introjection soit alors vécue comme une irruption violente de l'extérieur vers l'intérieur, en rétribution de la violence de la projection. Celà peut produire la crainte que non seulement le corps mais aussi le psychisme soient contrôlés par d'autres personnes de façon hostile. Ce qui peut amener une perturbation qui pourrait entraver toutes les fonctions du moi aussi bien que le développement sexuel et pourrait amener à un retrait excessif du sujet vers son monde intérieur. Ce retrait n'est cependant pas produit exclusivement par la peur d'introjeter un monde extérieur dangereux, mais aussi la peur des persécuteurs internes et la fuite consécutive vers l'objet idéalisé interne.

Abordons maintenant la notion de culpabilité et de tendance à la réparation dans la position schizoparanoïde : "la culpabilité n'est pas seulement vécue à l'égard d'un objet (partiel), mais aussi à l'égard des parties de la personne que le sujet est incité à réparer ou à restaurer.

Etudions enfin très brièvement les rapports de la position schizoparanoïde avec la position dépressive : avec l'introjection de l'objet complet, à peu près au second quart de la première année se produisent des progrès marqués vers l'intégration. Celà implique d'importants changements dans la relation avec les objets. Les aspects aimés et haïs de la mère ne sont plus sentis comme séparés aussi radicalement ce qui produit une augmentation de la crainte de la perdre, des états voisins du deuil et un

sentiment violent de culpabilité, qui provient de ce qu'on sent les pulsions destructrices se diriger contre l'objet aimé. La position dépressive est arrivée au premier plan. L'expérience même des sentiments dépressifs produit à son tour l'effet de mieux intégrer le moi, parce qu'elle favorise une meilleure compréhension de la réalité psychique et une meilleure perception du monde extérieur, de même qu'une meilleure synthèse entre les situations internes et externes.

Le désir de réparer vient au premier plan à ce stade. Il manifeste une réaction plus adaptée aux sentiments de peine, de culpabilité et de crainte de perdre l'objet qui provient de l'agressivité à l'égard de l'objet aimé. Puisque le désir de réparer ou de protéger l'objet endommagé prépare le chemin à des relations objectales et à des sublimations plus satisfaisantes, il accroît d'autant la synthèse et contribue à l'intégration du moi.

Pendant la seconde moitié de la première année, le bébé accomplit quelques progrès fondamentaux vers l'élaboration de la position dépressive. Cependant, les mécanismes schizoïdes restent puissants quoique sous une forme modifiée et à un degré moindre.

Ainsi, si le développement pendant la position schizoparanoïde n'a pas progressé normalement, et si le bébé, pour des raisons internes ou externes, ne peut pas surmonter l'impact des angoisses dépressives, un cercle vicieux se produit. Si, en effet, la crainte de persécution et les mécanismes schizoïdes correspondants sont trop forts, le moi n'est pas capable d'élaborer la position dépressive. Ce-

la oblige à régresser à la position schizoparanoïde, et renforce les premières craintes de persécution et les premiers mécanismes schizoïdes.

Ainsi s'établit la base des diverses formes de schizophrénie pour la vie ultérieure ; car lorsqu'une telle régression se produit, non seulement les points de fixation dans la position schizoïde sont renforcés, mais on court le danger que des états de plus grande désintégration s'établissent. Un autre résultat possible serait le renforcement des traits dépressifs.

- en 1952, Rosen écrit dans "l'analyse directe : principes généraux" (14) : "Les psychotiques vivent directement à l'ombre du sein". On peut en tirer deux conclusions : la première est que leur vie psychique se déroule au stade de la première enfance ; la deuxième est ce que ce sein dont ils ont tant besoin menace leur existence.

- et M. A. Scechehaye en 1954 (15) a décrit abondamment ce type de relation avec plusieurs psychotiques dont le fameux cas de Renée dans une "introduction à une psychothérapie des schizophrénies".

Selon Mme SECHEHAYE et J. ROSEN, les évolutions psychotiques et en particulier schizophréniques sont des formes catastrophiques de l'angoisse d'abandon : abandon dans la prime enfance de la part d'une mère frustrante et rejetante, abandon répété, avant l'éclosion de la psychose et en particulier le délire se conçoivent à la fois comme expressions de l'abandon et du vide existentiel qui en résulte,

comme compensations de cet abandon par la création d'un objet imaginaire et comme défense contre le traumatisme "abandonnique" par la répétition active de l'abandon.

Mme Sechehaye a particulièrement insisté sur le retour du schizophrène aux formes régressives de la pensée magique asymbolique et animiste en utilisant les études de Piaget et celles d'Odier. Le délire vient en quelque sorte emplir ou boucher un trou, creusé par cette carence des expériences primordiales d'unité symbiotique avec la mère. Rosen ne dit-il pas de son côté que le modèle du délire est le mirage que se fabrique l'égaré du désert en état d'inanition et en danger de mort.

Enfin nous terminerons ce chapître en résumant la théorie psychanalytique du délire présentée en Février 1958 par S. NACHT et P.C. RACAMIER au XXème congrès des psychanalystes de langues romanes (12).

"Le délire constitue la solution plus ou moins stable d'une situation de conflit... quel que soit le conflit, l'angoisse qui lui est inhérente éclate à plus ou moins longue échéance en la personne du malade, ou plus exactement dans son moi. Et c'est de ce moi que procède la défense dont le délire, cette fuite et ce compromis, sera le produit final.

Cette conception dynamique est parfaitement fidèle à l'enchaînement historique de phénomènes cliniques. Avant le délire, c'est toujours l'angoisse manifeste ou la peur diffuse que l'examen clinique retrouve s'il est suffisamment approfondi. Quelqu'un désire, et il a peur, il trouve alors dans le délire le mo-

yen d'assouvir son désir en évitant la peur. Celà apparaît évident quand on se rappelle la théorie psychanalytique des névroses. Autrement dit, ce que nous savons être vrai dans le domaine du rêve et de la névrose est également vrai dans celui de la psychose. On peut donc affirmer que le délire est à la fois une manifestation de peur et une défense contre cette peur... En fait nous ne devons pas oublier ce qui suit :

- en premier lieu, le sujet qui en arrive au recours à la psychose a préalablement essayé de donner à ses conflits des solutions de type névrotique. Soit que ses défenses aient finalement échoué, soit qu'elles aient été dépassées ou dissoutes, le malade est acculé aux défenses plus primitives et fonctionnellement plus coûteuses de la psychose.

- en second lieu, c'est une illusion d'optique qui pourrait vous faire croire que le malade "saute", pour ainsi dire directement et sans intermédiaire, du conflit à sa solution délirante. Ce ne sont là que les deux termes extrêmes d'un enchaînement complexe de phénomènes, au cours duquel l'économie et la structure de l'appareil psychique se trouvent très profondément altérées.

Il convient, en particulier, de souligner l'énorme intensité de l'angoisse psychotique. On peut à cet égard supposer sans risque d'erreur, que cette angoisse aggrave la faiblesse du moi, qui lui avait permis de se déchaîner, mais détermine également des phénomènes psychosomatiques à ce niveau neuro-endocrinien que nous pouvons nous représenter comme constituant les assises fonctionnelles du moi. Ces

phénomènes, à leur tour, ne laissent pas d'avoir de néfastes conséquences sur les capacités intégratives du moi...

La plus grande importance est accordée à ces altérations psychiques qui prennent place entre le point de saturation du conflit délirogène et la naissance du délire constitué, autrement dit : aux états matriciels ou primordiaux du délire. Ces états primordiaux sont caractérisés, phénoménologiquement, par un total bouleversement de la présence au monde du malade, une altération profonde de l'espace et du temps vécus, et psychanalytiquement, par un désinvestissement massif.

Ce désinvestissement concerne les objets ou plus exactement l'objet priviligié, que s'est donné le malade prédélirant, ainsi que les représentations psychiques afférentes. La structuration de la relation du malade au monde réel étant telle qu'elle dépend très étroitement de sa relation à cet objet priviligié, véritable objet-pilote, il s'ensuit que le monde entier se vide lorsqu'il est désinvesti, et il en résulte que les énergies pulsionnelles retournent à l'état libre, les pulsions agressives et libidinales se trouvant du même coup disjointes. Nous trouvons dans ce bouleversement massif la condition économique basale de l'angoisse psychotique, laquelle atteint le degré le plus haut et le plus désintégrant de la terreur.

Dans un tel état de destructuration des liens objectaux, les limites entre soi et le non-soi s'effacent ; c'est en même temps la distinction entre le vrai et l'imaginaire, entre le fantasmatique et le réel objectif qui s'ef-

fondrent. Les critères d'authenticité sont anéantis. L'objectif et l'objectal s'écroulent ensemble ; l'objectif et l'objectal naissent et constituent l'un avec l'autre, et c'est en fait l'accession de l'être infantile à l'objectalité qui instaure les fondements de l'objectif, du vrai et de l'authentique, tant en ce qui concerne le monde extérieur que la personne même du sujet. C'est alors qu'un fait nous a paru d'une évidence telle que nous nous sommes sentis autorisés à lui accorder une valeur générale en dépit du caractère numériquement limité de nos observations. C'est que l'individu prédisposé au délire, pour des raisons tenant tant à ses dispositions constitutionnelles qu'aux dispositions affectives de l'objet maternel primaire au sein de la relation anaclitique, n'a jamais pu pleinement intégrer la dualité du sujet et de l'objet, ni accéder à une relation authentiquement objectale.

Nous concevons l'état de fait qui en résulte, moins comme une fixation à un stade oral de la libido, comme certains seraient tentés de le croire, que comme un impossible dépassement du stade pré-objectal, et, d'une façon plus générale, une insuffisance de structuration de la personnalité. Pour autant qu'il existe une différence de nature entre les psychoses et les névroses graves, c'est là que nous serions tentés de la voir, car dans les névroses la fixation est évidente. Cette inorganisation fondamentale du moi dans l'une de ses fonctions essentielles n'empêche pourtant pas le sujet d'éprouver, mais sur un mode archaïque, des pulsions et des conflits de type oedipien...

Nous pouvons ainsi saisir l'enchaînement des

phénomènes qui se déroulent dans l'état primordial du délire comme une tentative d'apaiser la peur psychotique néantissante en liant à nouveau les pulsions libérées, et une tentative de recréer un monde structuré, ayant retrouvé un sens, et de renouer avec lui. Aussi, après avoir été ramenées au sujet dans une phase hypocondriaque et une position qui équivaut sur le plan psychodynamique, à une incorporation de l'objet et du monde, les pulsions sont-elles projetées sur un objet extérieur, mais qui conserve la même signification inconsciente que l'objet rejeté.

La projection psychotique qui signe la naissance du délire, présente des caractéristiques très significatives. Elle est de toute évidence, une défense contre les pulsions inacceptées mais cela ne suffirait pas à la rendre psychotique et délirante. En fait, les projections qui donnent naissance au délire se signent à un niveau structural beaucoup plus archaïque que la projection névrotique. Cette distinction n'est pas nouvelle, bien qu'elle soit récente : d'une manière générale la psychanalyse a appris, en effet, à distinguer deux espèces de défense : les névrotiques et les psychotiques.

La projection psychotique prend spécifiquement naissance dans cet état d'indifférenciation de soi et d'autrui, du fantasmatique et de l'objectif, qui est propre à l'état primordial. C'est à cette origine qu'elle doit la puissance d'authenticité subjective absolue qu'elle confère aux productions délirantes. Ainsi se comprend le phénomène essentiel de la conviction délirante. En plus de son évidente fonction défensive, la projection

psychotique a également des fonctions de structuration du monde extérieur. Grâce à elle, le monde extérieur reprend un semblant de vie, de signification et de "vérité".

L'un des mérites les plus évidents et les mieux reconnus de la psychanalyse est d'avoir montré que les productions délirantes sont significatives, à condition, bien entendu, que leur signification soit dégagée de leur apparente inanité par la méthode qui est, originellement, celle de l'analyse des rêves. La psychanalyse a donc fourni une application pratique de l'analogie évidente et bien connue du rêve et de la folie.

Mais le fait que le délire soit significatif est en soi des plus importants. La projection réintroduit le significatif dans le monde du malade. C'est pourquoi son apparition est pour celui-ci une véritable découverte. C'est pourquoi aussi l'accession au délire, si elle implique une régression pulsionnelle des objets animés au niveau du langage verbal, n'est pas compatible avec une régression allant au-delà de ce niveau verbal.

Le délire est une création, et cette création obéit au besoin du malade de recréer les objets qu'il craint d'avoir fantasmatiquement détruits. Par là encore, le délire se rapproche de l'exorcisme. Ainsi le délire tente-t-il, en définitive, de restaurer un ordre relationnel et une relation avec le monde, et le prix de cette reconquête, c'est la persécution : ainsi le malade paie pour dédouaner sa propre agressivité et se prouve qu'il n'a pas tué l'objet de cette agressivité, la persécution faisant la preuve de l'existence de l'autre. Mais

nous avons déjà vu que le pré-délirant n'a pu établir aucune relation objectale qui lui soit tolérable. La relation délirante sera donc une relation aménagée par l'aliénation de ses protagonistes. Elle sera une relation où la pulsion et la défense, le réel et l'irréel, parviennent à un composé essentiellement ambigu.

Ce composé délirant est doté d'une plus ou moins grande stabilité. Dans les délires paranoïdes, objet de notre étude, les expériences primordiales sont répétées, le délire s'enrichit, se modifie, s'étend et se complique sans cesse parce qu'il n'arrive pas à neutraliser l'angoisse psychotique.

Avant de quitter cet admirable travail de S. NACHT et P.C. RACAMIER, relevons certaines parties qui nous paraissent d'une importance capitale.

Reprenons les rapports existants entre le délire et le rêve : "On ne saurait trouver de plus féconde voie d'abord du délire que dans son analogie avec le rêve.

Comme le rêve, le délire est un langage chiffré. Comme le rêve, il attend qu'on le traduise, et l'on conviendra sans peine que le psychanalyste est mieux placé que quiconque pour effectuer cette traduction. Comme le rêve, le délire a son contenu latent et caché, que tout un travail de transposition et de déguisement, le travail du délire, transforme en son contenu manifeste. Ce contenu manifeste a souvent, au regard de la logique habituelle, l'absurdité qui caractérise de nombreux rêves : un travail d'élaboration secondaire, semblable

en sa fonction et en ses techniques à celui que Freud a décrit dans le rêve, vient alors introduire après coup, un semblant d'ordre, de cohérence et de logique dans les matériaux du délire...

Et si nous cherchons à déterminer la composition de la production délirante, nous voyons qu'il y entre à la fois des éléments de la réalité extérieure et des éléments de la réalité intérieure, surtout inconsciente, c'est à dire pulsions et interdits primitifs.

Ainsi il apparaît que le délire est issu du conflit inconscient, qu'il est la voie royale du passé et de l'inconscient du schizophrène.

Revenons à un aspect particulier de la projection psychotique : l'hallucination, ce chef d'oeuvre de l'objectivation délirante. Une des catégories les plus intéressantes de l'activité hallucinatoire et délirante est l'hallucination verbale, qui participent des délires d'influence. Il s'agit d'une projection hallucinatoire auditive du surmoi. On s'explique alors que les hallucinations auditives soient presque toujours des voix accusatrices. Presque toujours, disent NACHT et RACAMIER, car il existe, on le sait, toute une gamme de délires hallucinatoires où le thème de protection se mêle en contre point au thème de persécution. En même temps qu'il est accusé, le malade est défendu.

La projection transforme ici le Surmoi en corps étranger. Elle fera de même avec les pulsions.

Cette notion est fondamentale pour la conduite des psychothérapies, aussi y reviendrons-

nous et détaillerons cette découverte : "souvent les délirants, et en particulier les schizophrènes, accordent l'autonomie à certains contenus de leur inconscient, à la condition que ces contenus soient isolés et coupés de leur moi, ressentis et présentés comme étrangers ; cette défense n'est pas sans rappeler la "technique" obsessionnelle.

En fait, maintes organisations délirantes présentent une étroite parenté avec les structures obsessionnelles, à cette importante différence près que, dans le délire, les affects et les pulsions ne sont pas seulement isolés, mais qu'ils sont rejetés et projetés.

En libérant l'inconscient, le moi s'en désolidarise : sa défense, c'est très exactement l'aliénation. Nous comprenons mieux maintenant que la projection soit bien l'instrument par excellence de la folie. Toutefois, on sait que la projection n'arrive jamais à mettre le malade tout à fait à l'abri de ses pulsions : elles lui reviennent sous forme d'influence ou de persécution.

Enfin pour terminer ce chapître, rappelons que "les fonctions instrumentales" du moi restent constamment solidaires des fonctions relationnelles, et que si les fonctions cognitives acquièrent dans les conditions normales, ce que Gressot appelle une fixation structurante, c'est à dire une stabilité qui n'est pas remise en question, ce n'est point parce qu'elles sont ou deviennent en elles-mêmes autonomes, mais parce que la relation objectale qui en garantit la stabilité est elle-même posée une fois pour toutes, quelles que soient les formes et les différenciations

que l'évolution libidinale fera prendre à cette relation. C'est ce qui ne se produit pas et ne peut se produire chez le psychotique.

Pour conclure disons qu'il est classique de considérer le délirant, cessant de vivre au niveau des processus psychiques secondaires, fonctionne sur le seul plan des processus psychiques primaires qui sont en même temps ceux du rêve. Or, dans les conditions normales de l'évolution, les processus secondaires ne remplacent pas les processus primaires mais se différencient à partir d'eux.

C'est pourquoi le délire n'est pas, comme on a trop tendance à le supposer, une manière d'ignorer le monde de la réalité, mais, comme nous l'avons montré, une façon autre de le percevoir et de le vivre.

-:-

DEUXIEME CHAPITRE

B - HISTORIQUE DE LA PSYCHOTHERAPIE ANALYTIQUE DES PSYCHOSES.

"Il faut attribuer l'échec de certains traitements analytiques dans le fait qu'on améconnu le rôle déterminant et l'importance pathogénique des fixations indéfectibles à la mère avant la phase oedipienne" notait Freud et parlant des possibilités thérapeutiques concernant les psychoses, il déclarait : "On renoncerait aux vains efforts de convaincre le malade que son délire est absurde et contraire à la réalité. Il s'agirait plutôt de reconnaître la part de vérité que le délire comporte pour le malade, afin de trouver le terrain commun, nécessaire au travail thérapeutique. Ce travail consisterait à extraire des déformations la part de vérité historique pour la remettre à sa place, dans le passé auquel elle appartient".

"C'est un point de vue stérile, nous dit C. Muller (11), que se borner à rappeler la déclaration de Freud selon laquelle la schizophrénie serait une névrose narcissicique, inapte au transfert et par conséquent au traitement.

Avant d'aborder les points de vue actuels sur la psychothérapie des psychoses, il convient de passer en revue les chercheurs qui, dans le domaine de la psychanalyse se sont occupés de ce problème au cours des cinquante dernières années. Nous découvrons alors qu'il serait faux de remonter seulement, pour les premiers traitements psychanalytiques d'alié-

nés, aux travaux de Schwing, de Frieda Fromm Reichmann et Sechehaye comme on le fait souvent. Il existe de multiples et très sérieuses tentatives individuelles de pénétrer sur cette terre inconnue et cela au lendemain de la première guerre mondiale.

L'étude de la première littérature nous montre que l'intérêt allait d'abord à l'interprétation psychanalytique des symptômes psychotiques. Les guérisons n'étaient enregistrées et décrites qu'en marge (Maeder, Numberg, Spielrein). Il y avait pourtant, autour de 1910, à la clinique zurichoise du "Burghölzli" un groupe d'analystes comme Jung, Maeder, Brill, Abraham, Itter, qui comptaient fermement trouver un jour une psychothérapie des psychoses, les conceptions tolérantes et positives d'Eugène Bleuler les encouragèrent. Mais l'enthousiasme semble avoir fait place à une certaine résignation. Malgré le matériel abondant et bien que les cas de schizophrénie regorgeassent de symboles sexuels, il fallut bien concéder que l'interprétation la plus zélée n'avait guère pu changer le processus pathologique. Il est vrai que Maeder avait publié en 1910 un cas de dépression mélancolique avec un résultat étonnament favorable.

Bjerre, en 1912, avait traité, pendant plusieurs mois, et au cours d'une intense psychanalyse, une patiente âgée de 53 ans. Aujourd'hui, nous parlerions sans doute de schizophrénie tardive. Bjerre, très intelligemment, a accepté d'emblée le délire de la malade. Alors seulement, et avec beaucoup de précautions, il put attaquer la psychose, depuis l'intérieur pour ainsi dire, tout en indiquant à la patiente les relations entre son délire

et les données biographiques, et en la confrontant constamment à la réalité. Il a presque poussé son "reality Testing" aussi loin que John Rosen, quarante ans après, puisqu'il a adressé des lettres à des personnalités haut placées qui étaient censées former un complot contre la patiente.

Les différents thérapeutes n'étaient pas toujours d'accord sur ce qui se passe dans le processus de guérison. En 1912, Abraham a traité et partiellement guéri par la psychanalyse six patients maniaco-dépressifs. Il ne révèle rien de sa technique.

Alors que des analystes comme Abraham, Hollos, Hesnard et d'autres s'exprimaient avec une prudente réserve dans leurs rapports sur la psychanalyse des malades psychotiques, les américains se montraient beaucoup plus audacieux et optimistes.

De 1910 à 1920, Kempf, Clark, Coriat, publièrent plusieurs cas traités avec succès. Leurs interprétations s'orientaient en général selon les travaux les plus récents de Freud, c'est dire qu'ils mettaient l'accent sur le problème de l'homosexualité.

Hollos, en 1914, inaugura le style du rapport dialogué, style remis en honneur ces dernières années par Rosen. Il est important de relever ici que l'intérêt des auteurs sus-mentionnés, allait avant tout au conflit oedipien et que leurs interprétations prenaient le même chemin. Seul Clark a compris l'importance de la problématique prégénitale.

Il déclare que, dans les névroses narcissi-

ques, le matériel de la première enfance apparaît fort peu et sous une forme voilée.

Au cours de cette thérapie, il n'y a pas d'interprétation, il faut seulement que le patient revive les situations. Clark attache une grande importance au traumatisme du sevrage. Selon lui, la fin de l'auto-érotisme de la succion provoque la fixation à l'identification avec la mère. Il dit textuellement : "les conceptions narcissiques ne sont que des symboles masqués de tendances magiques, infantiles, plus grossières. Elles découlent des désirs inassouvis du sevrage. Souvent, elles disparaissent, comme le brouillard, après l'établissement du transfert narcissique, lequel signifie un renouvellement de la bienheureuse liaison du bébé à la maman".

Quant au rôle et au comportement du thérapeute, Clark avance des idées qui nous paraissent extrêmement modernes. Ainsi, il demande au médecin de supporter la monotonie et l'ennui des divagations narcissiques ainsi que la résistance narcissique. "A moins de connaître l'amour et le souci constant d'une mère pour son enfant, on ne saurait guère persister dans un travail si monotone, pour une rémunération si minime. Aussi, le patient y verra-t-il une parque d'amour maternel."

Nous ne savons pas au juste les résultats thérapeutiques concrets de Clark, bien qu'il parle sommairement, en 1926, de cinq cas de maniaco-dépressifs guéris.

En 1924 Landauer demandait aux analystes d'utiliser le silence comme un puissant instrument dans la thérapie des schizophrènes. Il

proposait d'autre part, d'élever au rang de la réalité les "pulsions refoulées dans le monde de l'imagination". Pour ce faire le thérapeute lui-même devait "s'inscrire dans ce monde imaginaire, en tant que représentant de la réalité extérieure". Landauer décrit alors les discussions avec ses schizophrènes, et il se sert de la troisième personne en leur parlant d'eux-mêmes et de leurs voix. Par exemple : "Quelle pensée y a-t-il en lui ? " Landauer nous rapporte des résultats étonnants auprès de malades chroniques, internés : ainsi un catatonique, alité depuis 26 ans et plongé dans un mutisme complet, se serait livré soudainement et aurait commencé de travailler. Dans ses travaux, l'auteur se distance nettement de la tentative faite par l'école de Zurich de traduire au plus vite les symboles des schizophrènes pour les leur offrir aussitôt comme interprétations. Il préconise, aussi pour les psychotiques, la vieille règle selon laquelle un transfert négatif doit être interprété immédiatement, alors qu'on doit laisser le temps à un transfert positif de croître et de s'épanouir.

Pour Coriat, l'essentiel n'est pas l'interprétation du contenu d'un symptôme, mais bien le sentiment d'avoir été compris par le thérapeute.

En 1918, il décrit cinq cas de schizophrénie, dont certains remontaient à plusieurs années et qu'il a traités avec succès par la psychanalyse.

Notons son intéressante remarque, selon laquelle -premier signe d'amélioration- les rêves deviennent moins infantiles. A la même époque, nous trouvons aussi le beau cas publié

par Hesnard qui a traité avec succès un schizophrène paranoïde et mis en lumière le rôle des fantasmes sexuels refoulés.

Enfin, les statistiques de l'Institut de psychanalyse de Berlin, pour les années 1920 à 1930, nous montrent qu'en ce temps là, 45 schizophrènes au total furent psychanalysés. Sur les 45, 8 sont indiqués non guéris, 8 améliorés, 2 fortement améliorés et 1 guéri. Dans 26 cas, le traitement fut interrompu.

En 1924, Von Muralt est l'un des premiers à parler "d'analyse directe" des complexes. S. Nacht écrit en 1927 "Quelques considérations sur une psychanalyse chez une schizophrène" où il note "chez eux il faut -tout au moins un début- agir et agir activement en utilisant des connaissances psychanalytiques pour trouver les points faibles de cet appareil de protection si compliqué que constitue pour le schizophrène sa maladie. Ceci fait, on peut espérer trouver un point de contact avec les malades, et partant le transfert". Sa patiente était une schizophrène autistique et gâteuse mais, sous l'effet de la thérapie, elle devint propre, ce qu'on n'avait pas vu depuis des années.

Les problèmes concernant l'entourage, le groupe, le milieu hospitalier, l'organisation et le personnel infirmier furent posés par Barkas, Bychowsky, Lazell et Repond. Repond "était persuadé que l'action du médecin, pourvu qu'elle soit assez intense et exercée au moment favorable, peut être infiniment plus efficace qu'on ne le croit généralement et arriver dans la majorité des cas à une guérison sociale de cette psychose".

Hinsie, lui aussi, se montrait optimiste. Il conseillait la simple observation pendant la phase aiguë, une forte activation du transfert positif ensuite et une analyse classique pour finir. Cet auteur souligne également l'importance d'un personnel bien formé.

KRONFELD obtint des succès considérables, puisqu'il rapporte le traitement de 31 cas au cours d'une période 10 ans ; 8 auraient présenté une amélioration marquée. Il y a l'exemple impressionnant d'un jeune homme qui, après une phase hypocondriaque, passa tout à coup à un état d'agitation aiguë, pour s'enliser ensuite dans une hébéphrénie chronique. Kronfeld le prit chez lui, le traita comme un membre de la famille et fit en même temps une psychanalyse intense. Au cours des mois, non seulement les symptômes aigus auraient disparu, mais encore la bizarrerie et l'hypocondrie, de sorte que le jeune homme fut capable de commencer ses études.

BYCHOWSKI en 1930 exige que l'analyste voie son patient journellement dans la phase aiguë, qu'il s'identifie partiellement avec lui et accepte son monde psychotique, celui-ci constituant un essai de retrouver le monde des objets.

SIMMEL décrivant ses expériences touchant à la formation du milieu à l'hôpital même, propose de "réduire autant que possible les réactions psychotiques à la relation médecin-patient. Le médecin responsable devrait donc former le milieu de telle sorte que toute la libido transférentielle soit investie en lui, et que le personnel infirmier demeure en dehors de cette problématique.

Pour lui, l' "acting out" du spychotique représente donc une tentative de restitution, de rétablissement des contacts avec le milieu. Ce milieu s'il est adéquat, ne doit pas répondre à l'agressivité du patient par une punition automatique.

Simmel relève le rôle souvent néfaste joué par les membres de la famille, prêts à saboter une thérapie. Il touche aussi brièvement le problème de l'indication. Les psychotiques les plus accessibles seraient ceux qui ont encore un minimum de contact avec la réalité et peuvent, de ce fait, se concentrer sur une seule personne, le médecin.

Glover, vers 1930, préconise le jeu tel que Mélanie Klein l'avait introduit pour les enfants. A ce moment là Glover relève aussi l'extraordinaire signification du contre-transfert pour la thérapie du schizophrène. Non seulement la difficulté de former un transfert isole le schizophrène, mais cette isolation prouverait en même temps la "self-protective inaccessibility" du thérapeute.

En 1937 et 1939 Knight expose les difficultés d'une psychothérapie analytique des psychoses en général.

Un jeune homme de 20 ans, marié, tombe subitement malade. Dans son délire, il croit sa femme infidèle. Knight le traite chaque jour à l'hôpital et lui interprète directement ses désirs homosexuels. Les idées délirantes disparaissent au bout d'une semaine. Le patient vient pour un traitement de consolidation, 5 ans plus tard, la catamnèse nous montre une rémission complète. Les éléments essentiels,

d'après Knight, sont les suivants :

1 - que la psychothérapie commence avant que le patient ait eu l'occasion de détruire sa situation réelle par son comportement anormal.

2 - les interprétations directes.

3 - le thérapeute doit pouvoir accepter et supporter l'affection et les penchants du patient de telle sorte que ce dernier n'ait pas peur de ses propres tendances homosexuelles.

4 - l'auto-estimation doit être renforcée.

5 - au besoin, il faut que le thérapeute se rende auprès du malade, même si celui-ci ne le désire aucunement.

Contrairement à Federn, Knight pense donc qu'un traitement psychanalytique est possible même avec un transfert négatif prédominant. Il énumère en outre les difficultés que l'analyste rencontre : si le patient fait de l' "acting out", s'il parle de son traitement à d'autres patients, s'il cherche à opposer l'analyste au personnel, ou celui-ci à l'analyste. Le contact constant et les discussions avec le personnel infirmier sont donc de première importance.

Gertrude Schwing en 1940, travaillait comme infirmière à la clinique de Vienne et, de ce fait devait passer des journées entières auprès du lit de malades mentaux. Elle établit alors une distinction très fine entre l'amour maternel et l'instinct maternel. Tandis que l'amour maternel est un produit de sublimation ne pouvant s'épanouir que si une femme accepte

entièrement sa propre féminité, l'instinct maternel forme la liaison inconsciente de la mère à l'enfant, comme on la trouve aussi chez l'animal. L'enfant n'est pas aimé en tant qu'objet, mais en tant que partie de soi. Gertrude Schwing put observer que toutes ses patientes avaient été frustrées d'une mère maternelle. Elle estima "que l'aliéné doit recevoir une partie de ce qu'il n'a jamais obtenu". Elle considéra donc les soins et l'amour maternel comme condition sine qua non d'une guérison. Certes, elle ne considéra pas ce maternage comme unique et ultime traitement. Elle y vit plutôt une simple préparation, un renforcement avant la véritable analyse. Elle pensait d'ailleurs que des thérapeutes masculins pouvaient très bien, eux aussi, avoir cette affection maternelle spécifique. Elève de Federn, elle croyait que seul un transfert positif donnait quelques prises sur la maladie.

Nous allons maintenant étudier tout particulièrement les méthodes de Frieda Fromm-Reichmann, de M. Sechehaye et J. Rosen. On sait qu'à partir de 1930, un grand intérêt se manifesta en Amérique pour la psychothérapie des psychoses. Au sein de ce mouvement (2) une place à part revient à l'Ecole de Chestnut Lodge et à son représentant le plus qualifié, Frieda Fromm-Reichmann. La maison de santé de Chestnut Lodge fut transformée en hôpital psychanalytique consacré exclusivement à la psychothérapie des psychoses. Le traitement est exclusivement psychothérapique et exclut toute méthode de choc physiologique. Les méthodes employées ont été décrites dans plusieurs articles de Fromm-Reichmann et dans son livre Principes de psychothérapie intensive (1950). F. Fromm-Reichmann commence par attirer l'at-

tention sur certaines erreurs à éviter. A l'époque de Bleuler et Jung, on avait trop centré le travail sur l'interprétation des symptômes schizophréniques. Fromm-Reichmann s'élève aussi contre le danger qu'il y a à s'adresser à "l'enfant rejeté", plutôt qu'à la personnalité adulte. Donc, pas de sollicitude exagérée, pas de manifestation d'amitié personnelle, aucune relation extra-professionnelle, mais une bienveillance générale tempérée par l'attitude positive que l'on a envers un adulte de même âge chronologique que le malade.

"Le poids principal portera sur l'analyse de la relation malade-analyste, avec l'accent portant sur le côté analyste". Le rôle du psychothérapeute est d'être "l'observateur participant au processus interpsychologique se déroulant entre lui et le malade mental", ce qui suppose un effort ininterrompu pour voir clair en soi-même et éliminer les éléments pertrubateurs. Une des parties les plus originales de la méthode Chesnut Lodge consiste dans l'insistance qu'elle apporte à l'étude de l'instrument thérapeutique qu'est l'analyste : celui-ci doit avoir suffisamment de satisfaction dans sa vie professionnelle, de bonheur dans sa vie personnelle, pour que ces éléments n'interfèrent pas dans sa capacité de savoir écouter le malade ; il doit surtout être exempt d'anxiété, élément perturbateur par excellence dans l'analyse du schizophrène.

La durée des séances et leur nombre ne sont pas définis de façon rigide, on peut avoir à supprimer une séance ou à en ajouter une de supplément, et il arrive, à certains moments critiques du traitement, que l'on ait à allonger la durée d'une séance, voir même de plu-

sieurs heures.

Il ne saurait être question de faire allonger le malade sur un divan ; les associations libres et l'analyse des rêves sont contre-indiquées. Il arrive par contre, que l'on ait à étudier des production écrites ou artistiques du malade. Les difficultés principales proviennent de l'insuffisance du langage verbal chez le malade. On y remédiera par l'étude attentive des gestes, de la mimique, de la physionomie et du ton de la voix, qui constituent un langage plus direct que le langage verbal.

Les manifestations verbales non intelligibles, ou non verbales, sont à considérer, non comme un "langage symbolique" à déchiffrer, mais comme des "communications" faites avec des moyens défectueux : il ne s'agit ni de les interpréter ni de les interdire, mais d'amener le malade à les remplacer par des communications intelligibles pour les deux partenaires. Exemple : un malade manifeste des hallucinations. On y répond par "je n'entends pas ce que vous entendez. Voulez-vous que nous examinions les raisons de cette différence entre nos deux expériences ? " Un malade s'arrache les cheveux, ou crache : "Votre façon de vous arracher les cheveux, de cracher... ne contient aucun sens pour moi. Peut-être pourriez-vous exprimer par des mots ce que vous exprimez par de tels actes ? (Fromm-Reichmann, in Bychowski et Despert, 1952 p. 169).

En revanche, l'analyste refera une règle stricte de parler peu, en langage simple, clair et direct. Ses questions, par exemple seront toujours directes, jamais sous forme négative ou sous la forme "Est-ce que... ou..."

qui augmente l'anxiété du malade.

De la conduite du malade, le thérapeute déduira qu'elles sont ses défenses contre l'angoisse et de l'observation de ses défenses qu'elles ont été les causes de l'angoisse.

L'analyse génétique du matériel fourni par le malade est le processus fondamental : on étudiera l'époque d'apparition de la maladie, les circonstances personnelles et extérieures qui l'ont précédée et accompagnée, l'entourage originel, les facteurs déclenchants, la nature des premiers symptômes etc... C'est cette analyse patiente constante, répétée, qui est susceptible de donner conscience au malade du dynamisme de ses troubles et par là de faire disparaître les symptômes. A mesure que l'état du malade s'améliore, le rôle de l'assistante sociale spécialisée augmente d'importance ; c'est elle qui étudie avec la famille les conditions de la réadaptation sociale du malade.

En 1952, la durée moyenne d'un traitement de ce genre était de trois ans ; la proportion des guérisons de 20 % ; celle des améliorations suffisantes pour permettre la sortie, de 50 %.

Rappelons qu'il s'agit de schizophrènes graves dont la plupart appartiennent à la catégorie classiquement considérée comme incurable.

Une des particularités les plus intéressantes de l'école de Chesnut Lodge est l'importance qu'elle attribue à l'étude des échecs thérapeutiques soit temporaires, soit définitifs, et la recherche constante de meilleures techniques.

Cette étude a conduit Frieda Fromm-Reichmann

à cette affirmation : "la plupart des échecs subis sont dûs, non à la technique employée, mais aux problèmes personnels du psychothérapeute". Les principales causes d'échec sont :

1 - L'inflation psychique (le thérapeute se considère comme chargé d'une mission noble ou magique, et non simplement comme un spécialiste faisant son métier).

2 - Considérer le négativisme du malade comme une expression de résistance, en oubliant qu'il faisait partie de son caractère pré-psychotique.

3 - S'irriter ou s'humilier de ne pas pouvoir comprendre certains actes ou certaines paroles du malade.

4 - Réagir à l'agressivité du malade soit par la peur, soit par un héroïsme intempestif encore plus nuisible au malade (celui-ci ne pardonne jamais au médecin les coups ou violences qu'il n'a pas su l'empêcher de lui porter).

5 - L'intuition extraordinaire de certains schizophrènes, qui leur font deviner les points faibles ou les blessures secrètes du thérapeute, pour qui cela devient une source d'anxiété.

6 - D'une façon générale, l'anxiété secrète du psychothérapeute, quelles qu'en soient les raisons. Cette anxiété constitue l'obstacle le plus puissant auquel puisse se heurter le traitement ; elle est perçue infailliblement par le malade qui y répond par une réactivation de sa propre anxiété.

7 - Les idées conventionnelles du thérapeute

quant à la nature de la "guérison" et de la "normalité", qu'il conçoit selon son propre point de vue et non selon celui de la personnalité constitutionnelle du malade. Fromm-Reichmann affirme que beaucoup de traitements ont échoué parce que le psychiatre n'avait pas compris que le sujet avait une conception "schizoïde" de la vie normale.

On ne saurait séparer la description de ce genre de traitement d'avec le milieu où il est affecté. Chesnut Lodge peut héberger environ 60 malades, dont à peu près les deux tiers de schizophrènes. Chaque malade est soumis à une cure psychanalytique, après un examen approprié d'environ un mois. Chaque malade est pourvu de deux médecins : un "administrateur" qui s'occupe des particularités de sa vie à l'hôpital et représente le "principe de réalité", et un psychothérapeute, qui le voit de 3 à 7 fois par semaines, généralement pendant une heure chaque fois. La thérapeutique occupationnelle n'est pas spécialement développée, mais une attention particulière est apportée à l'étude des relations interpsychologiques entre malades, infirmiers, médecins. (Un sociologue travaille sans cesse à cette étude), chaque thérapeute travaille avec l'aide et les conseils d'un collègue, et les cas difficiles sont présentés à une conférence de l'équipe. Par exemple, l'agitation d'un malade s'est révélée comme étant souvent le résultat d'un conflit entre deux infirmières au sujet de ce malade. Dans le cas d'une malade qui s'isolait obstinément dans sa chambre, il fut démontré que cette attitude était le reflet de celle de son médecin, lequel s'était isolé moralement de ses collègues depuis plusieurs mois. Le seul inconvénient des méthodes de Chesnut Lodge

consiste dans le coût extrêmement élevé d'un traitement de ce genre.

Exposons maintenant la méthode de M. SCHEHAYE dite de la réalisation symbolique.

En 1947, M. SECHEHAYE, psychologue et psychanalyste à Genève, a fait connaître l'histoire d'une malade guérie par elle au moyen d'une nouvelle méthode de son invention, la "réalisation symbolique". Il s'agit du seul cas traité jusqu'ici par cette méthode, semble-t-il. Mais le cas est d'un exceptionnel intérêt : la monographie de l'auteur (1947) est écrite de façon simple, claire et convaincante, et elle a été complétée par le récit de la maladie et de la cure écrit par l'ex-malade elle-même (1950). Il s'agissait d'une hébéphrène typique, d'une forme extrêmement grave. La malade avait eu une enfance chargée de traumatismes psychiques, et avait manifesté des tendances psychotiques précoces. Déjà comme nourrisson, elle avait été sous-alimentée et était presque morte de faim par suite de la négligence de sa mère. Elle avait été aussi tourmentée à un âge précoce par son père, qui avait, par exemple, égorgé devant elle son lapin bien-aimé. A la suite de ces divers traumas psychiques, de la naissance de jeunes frères, etc... se développe chez elle un intense sentiment de culpabilité et l'idée qu'elle n'a pas le droit de vivre. Lorsque M. SECHEHAYE la voit pour la première fois, la malade a 18 ans et l'aspect d'une schizophrénie progressive et maligne. Pendant les années suivantes, la malade s'aggrava, en dépit des efforts des divers psychiatres qui traitèrent la malade. Mme SECHEHAYE elle-même la traita environ 8 ans (avec des interruptions), et tâtonna longtemps, avant de découvrir les

principes de sa méthode. Celle-ci une fois appliquée systématiquement, conduisit à la guérison en l'espace de 2 ans. La méthode de "la réalisation symbolique" consiste à fournir au malade des satisfactions symboliques pour les besoins qu'il ne peut exprimer soit en raison du sentiment de culpabilité qu'il éprouve en les formulant, soit en raison de son incapacité à formuler ces besoins avec le langage, attendu qu'ils dérivent de frustrations subies avant l'âge de formation du langage. Ainsi, la malade refusait de manger autre chose que des pommes vertes ; la thérapeute lui fait accepter des pommes mûres en les lui donnant à la façon d'une mère donnant le sein à son enfant. Le besoin, jadis frustré, de recevoir le sein maternel étant assouvi, une amélioration immédiate se manifeste. Ainsi l'amour maternel offert par l'analyste ne suffisait pas, tant qu'il n'était pas accompagné d'une satisfaction symbolique. Au moyen de toute une série de satisfactions symboliques de ce genre, successives et graduées, Mme SECHEHAYE put obtenir un succès thérapeutique des plus remarquables.

Dans son livre "introduction à une psychothérapie des schizophrènes" Mme SECHEHAYE (15) décrit non seulement les paroles et attitudes qui font progresser la malade mais aussi différentes erreurs faites par elle ou l'entourage avec cette malade appelée Renée. Nous avons ainsi dans ce livre si vivant une belle démonstration des mécanismes à l'oeuvre faisant progresser ou régresser la malade. Ainsi, "un soir, Renée arrive chez moi, raconte M. SECHEHAYE, dans un état d'indescriptible agitation et en pleine confusion mentale. A travers son langage délirant, incohérent et plein de néologismes, je finis par comprendre,

"qu'elle devait mourir, car on lui avait pris son bien le plus précieux, les pommes". En fait cette crise avait été déclenchée par une remarque malencontreuse de la fermière voisine chez qui Renée avait été cueillir quelques pommes vertes sans en demander la permission, cela va sans dire. A ma remarque qu'elle n'avait qu'à prendre et manger les belles pommes que je lui donnais, elle s'arrêta brusquement et me dit : "Renée ne veut pas de ces pommes de grandes personnes, elle veut des vraies pommes, des pommes de maman". En disant celà, elle désignait du geste ma poitrine. Ce fut un trait de lumière pour moi. Je compris et le symbole profond des pommes et la conduite que je devais adopter pour soulager la malade. Je lui donnais aussitôt un morceau de pomme (et non plus quantité de pommes !) en lui disant : "C'est l'heure de boire le bon lait des pommes de maman, maman va le donner elle-même à sa petite Renée".

Et Renée, la tête appuyée sur mon épaule, mangea son morceau de pomme avec toute la concentration et la plénitude de bonheur du nourrisson.

En effet, les pommes pour sa mentalité autistique, participaient d'une manière pré-symbolique magique au sein et à l'amour de la mère, cette nourriture et cet amour, dont elle avait été si profondément frustrée dans son enfance. Ce qu'il fallait que je fasse, c'était devenir la "mère-gentille" qui nourrit son enfant, et lui prouve par là qu'elle l'aime et lui donne droit à la vie.

Le délire de la malade (le système et le pays du Tibet) représentait en partie un essai

de compenser ce besoin fondamental qui cherchait désespérément une satisfaction, sans jamais la trouver entièrement. Il était aussi en partie une interprétation de la carence affective maternelle comme une défense de vivre, d'où l'intolérable et universel sentiment de culpabilité de la malade.

Les conséquences de la satisfaction de son besoin essentiel, effectuée sur le mode même sur lequel il était exprimé (c'est à dire le mode magico-symbolique) furent proprement miraculeuses. D'un moment à l'autre, la malade se calma, le délire et les hallucinations disparurent ainsi que l'intense culpabilité et à leur place un merveilleux sentiment de réalité se fit jour, qui enchanta la malade. Renée était transformée et son infirmière eut de la peine à croire qu'il s'agissait de la même personne que la veille.

A l'inverse, "un jour, dans une clinique, elle appela son infirmière "maman" devant le médecin et celui-ci dit en riant : "voyez donc, cette grande jeune fille qui désire jouer au bébé ! " A l'ouïe de ces paroles Renée ressentit une violente culpabilité doublée de honte qui dégénéra en crise de forte aggressivité contre le médecin et la garde, mais qui très vite se retourna contre elle-même. Il s'ensuivit une terrible agitation au cours de laquelle la malade se frappait sauvagement. Elle devint si dangereuse pour elle-même qu'on dut l'attacher à son lit avec trois ceintures et la mettre en cellule. Personne ne se douta que les paroles du médecin, qui semblaient innocentes, avaient déclenché ce grave état d'agitation hébéphrénique où la malade était complètement livrée aux forces destructrices.

Aussi, dans ce cas, conclut M. SECHAHAYE, "le besoin ne semble plus pouvoir s'exprimer que sous sa forme négative de défense, de culpabilité et de réactions agressives à la frustration".

Abordons maintenant la méthode de J. ROSEN. Avec ces deux auteurs, et particulièrement ce dernier, un changement d'orientation radicale dans les idées sur la psychothérapie des schizophrènes se produisit. Rosen fit connaître en 1946 sa méthode d'analyse directe. Cette méthode provoqua aussitôt un grand intérêt, mais aussi des polémiques violentes autant que dépourvues d'objectivité. Pour tous ceux (ELLENBERGER) qui ont eu le privilège de voir ROSEN travailler avec ses malades, ainsi que de parler avec ses anciens malades guéris, il est hors de doute qu'il s'agit d'une des innovations les plus remarquables de la psychothérapie moderne. Ce que ROSEN en a fait connaître dans quelques articles, rassemblés et complétés dans un petit livre (Direct Analysis 1953) est d'ailleurs très loin de donner une idée complète de l'originalité de sa méthode (14). ROSEN a donné à sa méthode le terme d'Analyse directe. Ce terme désigne deux choses : d'une part, le fait que le thérapeute s'adresse directement à l'inconscient du malade ; les idées délirantes, hallucinations et autres symptômes sont immédiatement déchiffrés par le thérapeute, qui les interprète au malade en lui fournissant des réponses appropriées. Le mot "direct" s'applique, d'autre part, à l'attitude énergique, souvent familière et en tout cas dépourvue de tout formalisme de thérapeute. Qu'il s'agisse de cas aigus ou chroniques, l'attitude générale envers le malade doit être "celle d'une mère bienveillante envers son enfant

souffrant", attitude transposée, naturellement sur le plan du symbolisme thérapeutique. Le malade doit sentir d'emblée qu'il y a une puissance à côté de lui. Le psychothérapeute doit être plus fort que lui. Parfois (mais rarement), il peut s'agir de force physique ; toujours, il s'agit d'être plus fort en patience, endurance, perspicacité, etc... que le malade. Cette puissance est une puissance bienveillante, qui l'aime, et le lui démontre lorsque c'est nécessaire. ROSEN passe souvent des heures entières avec un même malade, laissant à une secrétaire le soin de répondre au téléphone et à ses collaborateurs, celui de parer aux affaires urgentes, sacrifiant même, s'il le faut, son repas, afin de ne pas interrompre une séance thérapeutique importante.

Cette puissance est omnisciente à sa façon. C'est à dire que le thérapeute perçoit immédiatement les besoins inconscients du malade, interprète les symptômes, et choisit aussitôt avec la plus grande souplesse et selon les besoins de la cause, le rôle du soi, du surmoi, ou d'une importante figure de l'histoire du malade. Cette puissance est protectrice. Lorsque le malade est très agressif, elle le protège contre sa propre aggressivité, par exemple au moyen d'un enveloppement humide, en lui expliquant les raisons. Lorsque le malade a peur d'un de ses fantasmes délirants, ROSEN assume le rôle de défenseur ou recourt à un de ses procédés que nous décrirons plus loin.

Le thérapeute, enfin, tire le malade sans cesse de son rêve soit au moyen des interprétations soit par tout autre moyen. Il le ramène à la réalité, et, à mesure que le traitement progresse, il s'applique à le réadapter.

ROSEN a mis en application sa méthode pour la première fois dans des cas de catatonie aiguë particulièrement intense, accompagnée d'une angoisse terrifiante. On sait que ces cas évoluent souvent vers une mort rapide. A l'opinion classique qu'il s'agissait là d'une encéphalite psychosique et que les signes catatoniques n'en étaient qu'une manifestation accessoire, ROSEN oppose celle qu'il s'agit de catatonie vraie et d'une mort psychogène dûe à l'excès d'angoisse, et ses résultats thérapeutiques ne peuvent que confirmer cette supposition. Dans un cas de ce genre, ROSEN se rend auprès du malade, l'observe un moment pour se rendre compte de quoi ou de qui il a peur, et alors il assume délibérément l'identité de la figure qui semble menacer le malade. Il parle au nom de cette figure pour rassurer le malade et lui dire que, loin de lui faire du mal, on va l'aimer et le protéger. Il s'agit de personnifier les figures terrifiantes en les convertissant en images protectrices, et par là même, comme dit ROSEN, de fournir au malade une "transfusion de Moi". Ainsi, un jeune homme de 22 ans exprime, dans son délire, des désirs incestueux envers sa mère, suivis de terreur d'être puni et châtré par le père. ROSEN assume le rôle du père, dit au malade qu'il a vu ce qui s'est passé, mais lui permet d'avoir de telles pensées, qu'il n'aura pas de punition.

Une jeune femme de 27 ans exprime dans son délire une terreur de sa belle-mère, qu'elle croit être aussi maléfique que toute-puissante. ROSEN essaye successivement le rôle de la belle-mère, du mari, de la mère et du père, mais sans succès. Finalement, il assume le rôle de Dieu : "je suis Dieu, je suis ici pour vous

aider. Je vais vous protéger contre votre belle-mère".

Dans les deux cas, l'intervention de ROSEN fut suivie d'une rapide amélioration, suivie par la suite de guérison.

Si la conception générale de cette méthode thérapeutique est simple, son application exige, non seulement une formation analytique très poussée, mais de rares qualités morales et physiques, notamment une très grande endurance physique. ROSEN cite un cas où il eut à intervenir pendant seize heures de suite auprès d'un malade, avec seulement une demi-heure d'interruption.

Appliqué à la schizophrénie chronique, le mécanisme thérapeutique reste le même, mais subit une grande variété de modifications, suivant les malades et les circonstances. Les principaux procédés sont les suivants :

1 - L'interprétation directe : il s'agit d'interprétations simples, immédiates, sans équivoque, qui peuvent porter sur les paroles, les gestes, les grimaces, l'attitude, les actes ou n'importe quel autre symptôme présenté par le malade. Le thérapeute entre de plain-pied dans l'univers délirant de la psychose et, considérant que tout symptôme à toujours et nécessairement un sens, devine ce sens et l'explique au malade. Le malade est amélioré déjà du fait qu'il se sent compris, et, en outre, il ne peut plus croire à ses idées délirantes de la même façon depuis qu'on lui a expliquées.

2 - L'interprétation du transfert : il s'agit

d'interprétations, qui du point de vue verbal et affectif, se rapportent à la personne du thérapeute. En d'autres termes, on ne communique pas seulement au malade le sens de tel ou tel symptôme, mais l'effet qu'ils ont sur le thérapeute assumant le rôle d'une figure parentale.

Par exemple : une jeune malade s'arrache les cheveux. ROSEN lui dit avec furie : "si tu deviens un garçon, je ne t'aimerai plus". L'interprétation directe aurait été simplement : "tu veux devenir un garçon". Outre son effet plus énergique sur le malade, l'interprétation de transfert tire le malade de son autisme et lui démontre que ses actions intéressent et affectent d'autres personnes que lui.

3 - Devenir un des personnages du délire : c'est le procédé que nous avons décrit plus haut, et qui est employé avec prédilection pour combattre l'anxiété de la schizophrénie aiguë. Le thérapeute parle au nom d'un personnage jouant un rôle maléfique dans le délire, et transforme ce personnage en protecteur du malade.

4 - Le "truc contre le truc" : le principe est à peu près le même, mais compliqué par l'adjonction de un ou plusieurs autres personnages jouant les rôles auxiliaires. Par exemple, devant un malade s'accusant d'un méfait imaginaire, ROSEN fait intervenir deux prétendus agents de la police secrète, chargée d'arrêter le criminel ; mais, en même temps que le malade, ROSEN et un collaborateur s'accusent chacun d'être le seul vrai coupable ; les policiers sont d'autant plus furieux que les noms des trois auto-accusateurs ne figu-

rent pas sur leur liste des suspects. Il s'agit, en somme d'une sorte de psychodrame.

Avant d'écrire sur certains problèmes techniques du traitement selon ROSEN, nous désirons rappeler certaines idées de cet auteur, concernant le délire et la psychothérapie qui nous semblent extrêmement importantes car elles peuvent être une aide précieuse au cours d'un tel traitement.

1 - Tout d'abord concernant la relation thérapeutique, ROSEN dit : "Pour jouer le rôle de la mère idéale, le thérapeute doit agir consciemment et inconsciemment de telle sorte que le malade comprenne qu'il est aimé, protégé et nourri". Ajoutons que cette mère doit apparaître également comme indestructible.

2 - Quant à l'efficacité de l'interprétation, elle sera fonction de la justesse avec laquelle le thérapeute a apprécié le niveau de régression du malade : "une interprétation sera plus ou moins efficace selon qu'elle sera axée ou non sur la phase à laquelle le malade a régressé, et selon que celui-ci sera ou non affectivement disposé à la recevoir". Ailleurs ROSEN ajoute "je suis à peu près convaincu que les meilleurs résultats thérapeutiques sont obtenus en plaçant l'interprétation directe sur le plan oral".

3 - Au sujet du suicide ROSEN note : "la preuve par l'absurde est efficace avec des malades qui ont sérieusement tenté de se suicider. Quand ces malades vont mieux, le goût de vivre chez eux est aussi fort que chez n'importe qui ; je leur parle au moins une fois de leur geste et le décris comme la chose la

plus ridicule qui puisse être, car ils ont désormais conscience de l'absurdité d'un geste qui aurait eu pour effet de les tuer eux-mêmes, plutôt que l'image détestée de la mauvaise mère introjectée par eux. Je suis particulièrement prudent avec ces malades et tâche de les détourner le plus possible de leurs idées de suicide.

Nous avons nous-mêmes ressenti la nécessité d'une grande prudence avec le malade dont nous rapportons l'observation. Il présentait en effet de très intenses désirs de se tuer.

4 - Le désir qu'ont les schizophrènes de renaître est connu depuis longtemps. Les filles ont souvent le désir de renaître garçon. Une de mes patientes raconte ROSEN, disait : "Quelqu'un a cousu mon trou. C'est sans doute le docteur qui l'a fait après la naissance de mon bébé. Maintenant je fais pipi par un tube attaché à mon nombril". Mais ce désir ne se trouve pas uniquement chez les femmes. Les hommes désirent renaître femmes, et même si je n'ai pas trouvé chez mes patients hommes une preuve aussi formelle de ce phénomène, je découvre toujours une fixation homosexuelle au père en tant qu'objet, et au pénis paternel en tant qu'équivalent au sein.

5 - Au sujet de la régression au cours de la cure : "Je ne m'inquiète pas de cette régression, car j'ai observé souvent que l'état du malade doit s'aggraver avant qu'il prenne le chemin de la guérison. Je pense que la portion inconsciente du moi peut parfois mieux comprendre un conflit à caractère régressif qu'une représentation du même conflit à un stade plus avancé du développement libidinal".

6 - Enfin, ROSEN note deux faits intéres-

sants au sujet du pronostic.

- le premier est qu'un malade qui n'a pas été soumis à la convulsivothérapie et qui n'a pas séjourné dans une institution mal tenue a les plus grandes chances de réagir rapidement à une thérapie d'analyse directe.

- le second est que la distinction conventionnelle entre catatonie, hébéphrénie et délire paranoïde ne nous aide aucunement à déterminer la rapidité ou même la possibilité d'une guérison. L'élément le plus important du pronostic nous semble être le degré de régression atteint par le malade au début du traitement.

Un traitement d'après la méthode de ROSEN s'effectue en trois étapes :

1 - la période d'analyse directe, qui peut durer de quelques jours à quelques semaines pour les cas aigus, de six semaines à huit ou dix mois pour les cas chroniques.

2 - la période d'analyse proprement dite, qui suit la précédente le plus tôt possible, et dure en principe deux ans. ROSEN ne croit pas non plus qu'un malade sorti du traitement par analyse directe soit téellement guéri. D'où la nécessité d'une psychanalyse ordinaire des névroses. Il importe peu que cette analyse soit faite ou non par le même thérapeute que celui de la période précédente, mais l'analyste doit être au courant de la méthode de ROSEN. Au lieu d'une névrose de transfert, on peut voir survenir "une psychose de transfert", qui peut être promptement liquidée par la méthode de ROSEN.

3 - La post-cure. Après guérison proprement dite, il est bon pour le malade de rester en contact avec le thérapeute, ne fût-ce qu'à larges intervalles. ROSEN recommande particulièrement à ses ex-malades le travail d'infirmier psychiatrique ou thérapeute auxiliaire dans l'emploi de sa méthode, ce qui assure au malade à la fois un travail pour lequel il est spécifiquement doué, et la post-cure.

- Détails techniques sur le traitement.

Rosen considère l'hôpital psychiatrique comme un milieu peu favorable, sinon franchement nuisible au schizophrène. Le malade est laissé dans sa famille, ou confié à un ou plusieurs thérapeutes auxiliaires travaillant suivant les instructions de ROSEN, et assurant au malade le maximum de liberté compatible avec son état. Ceux-ci accompagnent le malade aux séances psychothérapiques. La fréquence et la durée de celles-ci ne peuvent être fixées rigoureusement et varient suivant les circonstances et la marche du traitement. Parmi les divers incidents du traitement, il faut signaler les décharges subites d'agressivité qui suivent souvent la disparition de certains symptômes délirants. ROSEN fut une fois menacé par un paranoïde armé d'un coûteau, et put surmonter cette phase critique au moyen d'interprétations de transfert portant sur les raisons de cette agressivité. Il est des cas où il recourt aux moyens de contention, tels que l'enveloppement dans un maillot humide sous bonne garde. Cette mesure est toujours présentée au malade comme ayant pour but de le protéger contre sa propre agressivité, dans son intérêt.

A mesure que l'état du malade s'améliore, les interprétations deviennent moins nécessaires et l'élément de rééducation augmente en importance. ROSEN ne semble guère croire à la succession de phases libidinales au cours de l'évolution. Par contre, il a décrit des cas où, à mesure que le malade guérissait, on voyait se succéder des phases catatonique, hébéphrénique, paranoïde, maniaco-dépressive, phobo-obssessionnelle et pour finir hypocondriaque ou psycho-somatique précèdent la guérison définitive.

Comme critériums de guérison, ROSEN considère avant tout la capacité de garder une certaine stabilité psychique dans les circonstances habituelles de la vie normale, un niveau normal de maturité intellectuelle, affective et sexuelle, et enfin la compréhension des symptômes de la maladie qui a été vaincue. ROSEN affirme que les ex-schizophrènes guéris réellement ont une capacité étonnante et enviable de comprendre ce qui se passe dans l'esprit d'un schizophrène en période aigüe ou chronique. C'est ce qui fait de ces ex-malades des auxiliaires incomparables pour la psychothérapie d'autres schizophrènes. La méthode d'élection, pour le traitement d'un schizophrène, consiste à le placer dans un entourage de plusieurs de ces ex-malades, car, comme ROSEN aime à le dire, "il faut dix éléphants apprivoisés pour dresser un éléphant sauvage".

Pour ce qui est du psychothérapeute lui-même, ROSEN exige qu'il ait subi une analyse didactique, et appris sa méthode par un stage d'un an environ. L'analyste qui pratique la méthode de ROSEN doit constamment rester conscient de sa propre contre-transférence, qui constitue l'obstacle le plus important au traitement.

"La contre-transférence doit être celle de bons parents envers un enfant gravement malade".

Une objection fréquente faite à ROSEN est que l'application de sa méthode exige de telles qualités du thérapeute que presque personne ne les possède réunies. Il y a là, peut-être, ajoute ELLENBERGER (2), la plus grande difficulté qui s'oppose à la diffusion de cette méthode. Quoi qu'il en soit, la méthode de ROSEN constitue incontestablement une innovation capitale, et aucune étude théorique, aucune recherche thérapeutique sur le domaine de la schizophrènie ne sauraient plus se dispenser d'en tenir compte.

Nous incluons ici, avant de conclure ce chapître avec l'aide de Racamier, une petite note de M. Klein qui nous semble présenter un grand intérêt psychothérapique. "J'ai observé très souvent, dit-elle, que des progrès dans la synthèse sont provoqués par l'interprétation des causes spécifiques du clivage. Ces interprétations doivent traiter en détail la situation actuelle du transfert, en incluant naturellement la relation avec le passé, et doivent contenir une mention détaillée des situations d'angoisse qui amènent le moi à régresser aux mécanisme schizoïdes. La synthèse qui résulte des interprétations orientées de cette façon s'accompagne de dépression et d'angoisses de diverses sortes. Progressivement, ces vagues de dépression -suivies par une intégration plus grande- mènent à un amoindrissement des phénomènes schizoïdes, et aussi à des changements fondamentaux dans les relations d'objet". Klein (6).

Etudions maintenant les caractéristiques du

transfert schizophrénique et le contre-transfert du thérapeute.

RACAMIER (13) dit que "le transfert schizophrénique est le plus singulier de tous les transferts psychotiques et qu'il concentre à un degré élevé les principaux caractères du transfert psychotique.

C'est un transfert tour à tour timide et impétueux, avide et volatile, soudain, intense et fragile, aveugle et pourtant hypersensible aux réponses d'autrui. Le schizophrène peut par une défense proprement transférentielle tarder longtemps à entrer en relation avec le thérapeute ; mais il ne tarde que pour mieux sauter. Alors il est tout entier à son objet. De l'analyste il attend tout, concrètement, avec une extrême impatience, un attachement absolu et une cécité totale aux situations réelles : c'est alors un transfert "délirant"...

"L'effroi devant les suites d'un abandon vécu comme une perpétuelle menace est un des déterminants de l'extrême réserve des schizophrènes. Cette même crainte pousse de tels malades, à la manière des abandonniques, à tester la solidité des liens que lui propose autrui avant de s'y laisser engager, et confère à leur transfert un caractère prospectif, déterminé par l'intelligence partiale qu'anime leur angoisse de l'abandon éventuel".

Le psychothérapeute va maintenant être l'objet de notre étude : RACAMIER (13).

"L'analyste se fait d'autant plus analyste qu'il comprend mieux ses patients et maîtrise mieux son contre-transfert".

"Nulle psychothérapie, ajoute RACAMIER, ne laisse plus de place que celle d'un psychotique à la personnalité du psychothérapeute.

Au psychosé qui s'abandonne à son inconscient répond un thérapeute qui tend lui aussi à s'abandonner à son inconscient : le secret des guérisons éclairs et celui des impasses thérapeutiques sont aux deux pôles d'une inter-relation...

La conscience du contre-transfert donne les meilleures et parfois les seules indications de l'état du transfert - l'état du contre-transfert est donc un guide (Rosenfeld). Toutefois, le contre-transfert n'apporte ces singuliers bénéfices qu'au prix d'une lourde charge. Il est connu et reconnu de tous que l'analyse d'un psychotique est nettement plus fatigante qu'une analyse ordinaire. Cette surcharge tient sans doute, à la vigueur avec laquelle le psychotique stimule l'angoisse de l'analyste. C'est donc la peur qui détermine les réactions nocives de contre-transfert.

Peur des thèmes inconscients dévoilés avec violence ; et le thérapeute escamote les plus brûlants, préfère les réprimer, ou bien, au contraire, il s'en laisse fasciner et les surestime, jouant avec le feu pour se persuader qu'il ne brûle pas.

Cette angoisse le pousse compulsivement à réduire par des interprétations systématiques et rationnalisatrices l'inquiétante étrangeté des communications psychotiques. Cette réduction rassure peut-être le malade, elle rassure surtout celui qui l'opère.

Une autre peur y contribue, qui est toute narcissique en son origine, celle de ne pas comprendre le malade ; ce serait, craint-on, donner la preuve de sa propre impuissance ; on tient à tout comprendre, ce qui mène à l'édification de systèmes plus ou moins arbitraires. Ou bien encore, on s'irrite, et on lui reproche son impénétrabilité, à laquelle finalement on l'abandonne.

D'ailleurs, une peur plus primitive peut déterminer celle de ne pas comprendre ; comprendre est déjà contrôler ; et le thérapeute risque d'éprouver en miroir la peur qu'a le psychotique de perdre le contrôle de ses actes. Or, il n'est précisément pas de psychothérapie poussée qui ne conduise le psychotique à l'extrême bord de l'acting-out. La crainte, fondée, que détermine ce risque bien réel, place l'analyste traitant un psychotique en cure ambulatoire dans un grand inconfort. Mais l'agressivité du malade cesse d'être maniable et devient aveuglante si, du côté de l'analyste, elle en rencontre qui n'a pas été liquidée.

Peur de l'agressivité inconsciente du psychotique : elle mène à l'isolement obsessionnel du patient, au besoin de se rassurer tout en croyant rassurer l'autre, à la fuite sous des prétextes divers ou tout au contraire à une bravade auto-protectrice, et enfin à cette contre-agressivité qui, pour avoir pris dans la meilleure tradition asilaire d'effrayantes proportions, n'en sait pas moins se dissimuler sous des dehors trompeurs.

Une défense contre cette contre-agressivité redoutée mène à une excessive bienveillance,

ou à un refus systématique et irraisonné, bien qu'appuyé des plus vertueux principes moralisateurs, de certaines thérapeutiques considérées à priori comme offensantes et cruelles (sismothérapie par exemple). Elle rend difficile cette vigueur avec laquelle, parfois, le psychotique doit être manié. Et pourtant, le psychotique a bien des façons de susciter l'impatience. Difficile à comprendre, silencieux parfois durant des heures, lent à guérir ou prompt à rechuter, prêt à tout instant à balayer d'un vaste coup de transfert tout le difficile travail patiemment élaboré pour lui, son "ingratitude" peut décevoir, blesser et irriter ; punition : puisqu'il en est ainsi, qu'il se débrouille tout seul. Ce jeu difficile à surmonter fait partie intégrante de la psychose.

Le thérapeute est à peine entré dans le champ relationnel du patient que celui-ci cherche désespérément à le jeter dehors ; la peur, la déception, la rancune inconscientes du psychiatre, peuvent faire de cette tentative un redoutable succès. Au rejet répond le rejet. Si le psychotique a peur d'aimer parce qu'il a peur de détruire, l'analyste peut lui aussi redouter d'être la victime d'un amour, qui, fantasmatiquement, est une avide incorporation. Par contre-transfert il s'y dérobe ou, tout au contraire, il s'y jette : et s'offre en Messie à la résurrection de son malade. Le rôle de parent vient ici combler des besoins qui sont propres au thérapeute.

C'est d'abord celui d'apaiser par le sacrifice de soi une culpabilité inconsciente, naturellement issue des plus anciens conflits oraux. En se dévouant pour le malade, le thérapeute se prouve qu'il n'est pas mauvais,

qu'il n'est pas agressif ni envers son "enfant" ni envers ses propres parents et, la preuve, il est un "bon" parent. Déterminée dans ce sens, cette attitude accompagne toujours une minimisation des tendances agressives du malade ; celui-ci n'est agressif que parce que ses parents l'on frustré. Mais ici, l'agressivité du thérapeute parvient à se manifester et dévoile sa source inconsciente et son objet premier : le parent devient le mauvais parent par excellence, responsable des souffrances du malade, à qui le thérapeute s'est évidemment identifié. Le psychothérapeute vient réparer le mal commis par les mauvais parents. On ne sait plus alors qui est, du patient ou de son thérapeute, l'enfant qu'on dorlotte.

La difficulté pour le thérapeute engagé dans un tel contre-transfert, est d'accepter l'émancipation du patient, que celui-ci par lui-même a déjà tant de peine à effectuer. L'hyper-protecteur paternaliste ou maternaliste se plaît à l'infantilisme régressif de son patient. Celui-ci est sa chose, qu'il a faite et qu'il possède, qu'il veut parfaite et toujours proche de lui pour s'assurer qu'il ne l'a pas endommagée, et pour se glorifier de son oeuvre.

Les vicissitudes de cette relation nous conduisent à comprendre la plus grande difficulté de son maniement thérapeutique. Elle est pour le psychothérapeute de savoir se tenir à juste distance de son patient :

- trop loin, c'est à dire trop neutre et insaisissable, l'analyste reste à l'abri mais risque de n'être même pas perçu dans sa réalité bienveillante.

- trop près, au contraire, trop serré contre le malade, il risque de s'engager dans une dépendance mutuelle et de s'engloutir avec lui dans un monde archaïque et aliéné. Dans l'un comme dans l'autre, il aura failli à "sa fonction, qui est de créer une situation interpersonnelle permettant au psychotique de reprendre possession de la réalité et de reconquérir la maîtrise de ses besoins". RACAMIER (13).

Concluons en résumant les différents types de cures et les indications de ces cures :

1 - les cures anaclitiques : Nous l'avons abondamment décrite en parlant de J. ROSEN et M. SECHEHAYE. Nous n'y reviendrons donc pas.

2 - les cures dites "orthopédiques" et rééducatrices : certains auteurs, jugeant nécessaire mais insuffisante la cure anaclitique préliminaire, la font suivre d'une analyse qu'ils pratiquent, avec toute la prudence requise, par un collègue. D'autres considèrent également que l'attitude donnante et sécurisante est une base nécessaire mais non suffisante de la cure. Ils la fournissent eux-mêmes à doses modérées (Fromm-Reichmann dans sa première manière, BYCHOWSKI, FEDERN) ou bien en confiant le soin à une aide maternelle, comme faisait FEDERN. Ces auteurs peuvent, comme FEDERN, proscrire absolument toute analyse de transfert, cette plante précieuse et délicate et toute analyse interprétative du matériel inconscient et des défenses ; ou bien peuvent-ils, plus éclectiques, en user avec mesure et prudence. Il s'agit là d'une sorte de psychanalyse à rebours, où tous les objectifs de la psychanalyse classi-

que sont pratiquement inversés : le réel, l'actuel et les processus secondaires viennent ici prendre la place que donne l'analyse habituelle au fantasmatique, à l'inconscient et aux processus primaires.

3 - les cures analytiques strictes : l'école Kleinienne pratique et préconise une adhésion quasi totale aux standards analytiques usuels (ROSENFELD, SEGAL, PICHON, RIVIERE, FROMM-REICHMANN bien qu'elle ne soit nullement Kleinienne et même pas Freudienne mais culturaliste, a dans sa dernière manière adopté la même rigueur). Les praticiens conservent, selon ROSENFELD, ces traits essentiels de la psychanalyse que sont : "les interprétations fouillées du transfert positif et négatif sans usage des mesures de rassurance ou de rééducation, la reconnaissance et l'interprétation du matériel inconscient et, par dessus tout, le centrage des interprétations sur les angoisses manifestes et latentes du patient".

L'analyste n'a donc pas ici d'autre fonction que d'interpréter. Il ne se soucie pas d'être objectivement un bon objet, il ne change pas d'attitude d'un bout à l'autre de la cure, et ne cesse de s'adresser verbalement à la partie de la personnalité du patient qui est restée adulte.

Cette politique de rigueur n'empêche toutefois pas ces praticiens de faire éventuellement aider le patient par une infirmière ou de lui indiquer avec soin les troubles de sa pensée. Le traitement, à séances fréquentes presque toujours effectuées sur le divan, dure très longtemps. La guérison complète en est attendue.

Les indications de ces cures sont donc les suivantes :

1 - les états psychotiques aigus et subaigus relèvent de préférence des thérapeutiques de type anaclitique.

2 - les états psychotiques d'évolution prolongée : suscitent plus logiquement les techniques de restructuration orthopédique du Moi. Les schizophrénies latentes entrent également dans ce cadre thérapeutique.

3 - enfin, les états post et interpsychotiques : suscitent le plus souvent des techniques aussi rigoureusement conformes qu'il est possible à la psychanalyse courante.

-:-

DEUXIEME PARTIE

HISTOIRE DU CAS AVANT LA PSYCHOTHERAPIE

A - Nous commencerons cette observation d'un délire paranoïde par l'étude des antécédents familiaux, où nous notons l'existence de deux cas psychiatriques sans que nous puissions préciser les diagnostics exacts portés alors. Le premier cas nous retiendra peu : il s'agit d'un fils d'une soeur de la mère du malade, qui s'est suicidé à l'âge de 62 ans. Le second cas est plus intéressant : un cousin du père du malade, âgé de 28 ans, s'est suicidé à l'asile, alors qu'il était interné depuis plusieurs années. Il est possible qu'il se soit agit là d'une schizophrénie. Ainsi si nous représentons les rapports "génétiques" de notre malade avec ces deux cas, sous forme d'un schéma, nous obtenons la figure suivante :

Nous ne pouvons évidemment tirer aucune conclusion devant cette constatation, qui présente de trop grandes imprécisions.

B - L'observation avant la psychothérapie sera brève car nous possédons peu de renseignements concernant la biographie du malade avant le début de la cure. Ceux-ci nous ont été rapportés essentiellement par la mère du malade que nous avons vu deux fois, la femme du malade et par le malade lui-même.

Le malade est né dans une famille modeste : le père est employé à la SNCF, la mère élève ses enfants. La famille se compose de 5 enfants, le malade est le quatrième. Fait important, il sera le cadet pendant 9 ans, avant que ne naisse le cinquième enfant. Cette naissance, on le verra, entraîna chez notre malades des modifications de son comportement.

Signalons d'emblée, que la mère du malade dit avoir bien accepté les 3 premières grossesses mais qu'elle s'est mise ensuite à redouter les rapports sexuels avec son mari, qu'elle subissait. Elle redoutait d'être de nouveau enceinte. Elle ne désirait pas plus de 2 ou 3 enfants, "étant elle-même la dernière et 10ème enfant d'une famille pieuse". Lorsqu'elle constate qu'elle est enceinte pour la quatrième fois, "elle s'est résignée", dit-elle.

L'enfant naît normalement, à domicile, avec l'aide du médecin de famille.

La mère ne se souvient guère de l'allaitement, de ses particularités. Le bébé fut sevré

vers 4 ou 5 mois et toute cette phase semble s'être passée sans incidents particuliers, aux dires de la mère.

L'enfant fut propre vers l'âge de deux ans, aucun trouble du comportement n'est noté par l'entourage. Il n'exista pas d'énurésie, cependant vers l'âge de 6 ans "l'enfant faisait parfois caca dans sa culotte".

Il était sage, silencieux, "renfermé", obéissant, parfois solitaire, n'a posé aucun problème à ses parents. Le malade se sentait, par contre, déjà à cette époque, "toujours rejeté, à l'écart, avait souvent l'impression qu'on lui cachait quelque chose, et celà surtout avec sa mère, dont il se méfiait, avec qui il était prudent". De plus il se plaignait "de n'avoir pas été souvent embrassé". "Personne ne me parlait" dit-il, il était souvent terrorisé la nuit et dit qu'il "voyait dans ses cauchemars sa mère qui lui faisait peur".

Le père était rarement à la maison. Ses horaires de travail l'obligeait à travailler fréquemment la nuit, ses jours de repos, il les passait solitaire à la pêche. La mère décrit en effet son mari "comme un ours, n'ayant pas d'amis, aimant la solitude et la tranquillité chez lui, il s'occupait peu des enfants, donnait sa paye et ne prenait pas les décisions importantes du ménage".

Lorsque l'enfant a 9 ans, naît le dernier enfant. A ce moment-là, le malade devient boulimique, grossit beaucoup, travaille mal en classe car devient très rêveur. Le maître d'école le met d'ailleurs au fond de la classe, ne s'en occupe guère ; le malade souffre pro-

fondément de cette attitude. Il n'est plus accepté en gymnastique et ses camarades de classe le "surnomme le gros". A 10 ans il part en colonie de vacances. Il vit alors ce départ comme un rejet, pleure toute la nuit dans le train... Le malade garde de ce départ un souvenir pénible.

Les premiers troubles du comportement apparents apparaissent donc avec la naissance du dernier enfant. A l'âge de 14 ans l'enfant obtient son C.E.P. Il fait remonter ses premières masturbations à cette époque. Ses fantaisies masturbatoires semblent banales : il pense à des femmes rencontrées et désirées. Avec un de ses camarades il a quelques jeux homosexuels : ils se masturbent. Ces jeux ont été rares et semblent s'étendre sur une période brève.

Aucune maladie importante n'est notée pendant toute l'enfance, à l'âge de 16 ans, le malade est opéré pour un phimosis. L'intervention aurait d'abord été tentée sous anesthésie locale et aurait alors entraîné une importante bouffée d'angoisse ce qui obligea à pratiquer l'intervention sous anesthésie générale. Au réveil une peur intense d'être castré s'installa...

Les masturbations sont à cette époque fortement culpabilisées et le malade décide un jour d'en parler à son père et à sa mère. Il y renonce finalement.

Les premiers rapports hétérosexuels ont lieu vers l'âge de 17 ans. Ils n'interrompent pas les masturbations qui se prolongeront jusqu'à l'âge de 27 ans, date à laquelle le malade rencontrera sa femme. A 18 ans une orchiépididymyte est traitée par antibiotique.

Après son C.E.P., le malade entre dans une école technique pour y apprendre la menuiserie : il se concentre difficilement -est très rêveur- se fâche une fois avec un camarade qui le chahutait, lui lance une grosse pierre, qui manque son but et casse des carreaux. Son renvoi a alors été envisagé.

Il manque son C.A.P. Le malade travaille ensuite pendant 2 ans dans une entreprise avant de faire son service militaire en Algérie, où il a parfois très peur mais où n'éclate aucun trouble majeur du comportement. Il obtient le grade de Brigadier.

Trois jours avant sa démobilisation, 15 de ses camarades sont tués : en rentrant chez lui en France, il est très angoissé. Il ne veut plus sortir le soir de chez lui affirmant "qu'il ne pouvait pas sortir la nuit sans armes, qu'il n'avait rien pour se défendre".

Et pendant un mois la mère le décrit méfiant. L'entourage ne s'inquiète pas ; le malade reprend son travail et son état semble spontanément s'améliorer.

Il reste cependant rêveur, désire faire un travail de solitaire (garde-forestier ou berger), envie fortement les situations sociales de ses frères et soeurs. "J'ai toujours été bourré de complexes, c'est pour ça que j'ai toujours beaucoup rêvé, pour échapper à ce qui n'allait pas" nous déclare-t-il.

A l'âge de 25 ans le père meurt emporté rapidement par une hémiplégie d'origine vasculaire. Le malade s'occupe beaucoup de lui,

assiste à sa mort. Le jour de l'enterrement il reproche à sa mère de ne pas avoir un costume aussi beau que celui de ses frères... Il reste ensuite seul avec sa mère, ses autres frères et soeurs ne vivant plus à la maison.

A 26 ans, c'est à dire un an après la mort du père, le malade prépare un concours d'administration. Il travaille beaucoup, "veut s'en sortir".

Il est reçu dans les premiers et choisit une place à Paris. A cette époque le malade écrit à un médium dont il avait eu l'adresse dans un journal, afin qu'il l'aide à obtenir une meilleure mémoire...

A Paris le malade gagne bien sa vie, sort souvent la nuit avec des camarades, va au bal, a des rapports sexuels fréquents tantôt avec des femmes de son entourage, tantôt avec des prostituées. Il aime aller au restaurant, voit de nombreux films, pratique avec régularité un sport d'équipe.

En 1963, à l'âge de 27 ans, il fait la connaissance de sa femme. Un an environ après éclate le délire, le malade a 28 ans. Pendant 2 ans le malade sera traité par chimiothérapie et électro-narcose, sera hospitalisé trois fois pendant des périodes de 3 à 6 mois, fera une fugue "pour fuir la menace" et une tentative de suicide avec coma par intoxication barbiturique qui a nécessité une réanimation intensive avec trachéotomie et respiration assistée. Cette tentative de suicide a lieu un mois après son mariage.

Nous prenons en charge ce malade dans le Ser-

vice de Monsieur le Professeur BOURGUIGNON 4 mois après sa tentative de suicide. Le malade a alors 30 ans, et présente un délire paranoïde depuis 2 ans.

Plusieurs faits importants frappent dans le résumé de cette biographie : enfant, ce malade semblait présenter une structure psychotique. La mère le décrit renfermé, rêveur, souvent solitaire. A 9 ans à la naissance du cadet. Les troubles du comportement sont évidents : boulimie, obésité, rêveries prolongées, baisse massive du rendement intellectuel. A l'âge de 20 ans, au retour du service militaire, le malade semble avoir fait un bref épisode psychotique où il était persécuté, et interprétant. Enfin avec la rencontre de sa femme, véritable objet priviligié dont parle S. NACHT, le délire éclate. Deux ans après le début du délire, le malade est traité dans le service de Monsieur le Professeur BOURGUIGNON et pris en charge psychothérapiquement. Il a alors 30 ans.

-:-

TROISIEME PARTIE

LE DELIRE - LA RELATION PSYCHOTHERAPIQUE

(TRANSFERT - CONTRE-TRANSFERT)

Lorsque le malade entre dans le Service du Professeur BOURGUIGNON en juin 1966, il est méfiant, parle peu, cherche du regard dans la direction du moindre bruit qui lui paraît insolite. Il a peur. Dans son ancien service ce patient recevait du Largactil et du Moditen, à la dose de 800 mg de Neuroleptiques par jour.

Dès la première rencontre le malade exprime son malaise de parler ainsi assis face à face. Nous lui proposons alors de parler en marchant dans le jardin. Ce qu'il accepte volontiers... Les séances au début de la psychothérapie ont été journalière, parfois même bi-quotidienne lorsque l'angoisse était intense, d'une durée variable allant d'une demi-heure à une heure et demie. Au bout d'un mois environ, elles furent réduites à 3 ou 4 séances par semaine. Quant à la chimiothérapie elle fut réduite rapidement à la dose de 300 mg par jour de Neuroleptiques et arrêté au bout de 4 mois d'entretiens lors de cette première hospitalisation.

Nous ne décrirons pas le contenu de toutes les séances, mais seulement celui de celles qui nous ont apparu les plus importantes.

A son arrivée le malade présente donc un délire flou, non systématisé, de persécution, avec thème de jalousie depuis 2 ans, des hallucinations auditives, un syndrome d'influence, des phénomènes de dépersonnalisation : le diagnostic de schizophrénie est posé.

Le malade nous confie alors : "après avoir rencontré ma femme, je n'ai pas couché au début avec elle, on a commencé à me faire des réflexions, on m'envoyait des vannes à son sujet. Mes copains disaient entre eux que c'était une putain, qu'elle me trompait. Puis les flics s'en sont mêlés... ils étaient d'accord avec les proxénètes, j'en connaissais un près de l'endroit où travaillait ma femme, ils étaient d'ailleurs tous d'accord les flics, les proxénètes et ma femme pour me faire tout encaisser, me mettre tout sur le dos... évidemment moi j'étais honnête... dès que j'ai cherché à comprendre ce que faisait ma femme, on a voule me faire du mal. Tout s'y est mis, je ne savais plus où donner de la tête. Il y avait un complot. Un jour, j'ai pris ma voiture, il y avait des cigarettes derrière, je ne sais pas qui les avait mises là pendant la nuit. C'était pour que je les prenne et m'empoisonne avec, j'ai tout de suite compris, "j'ai voulu me sauver, il se tramait quelque chose, mais qui ? quoi ? on voulait me faire disparaître, je suis tombé en panne dans Paris, il n'y avait plus d'eau dans le radiateur, les bougies étaient truquées... j'ai pris un taxi, tout était prévu, le type savait où je voulais aller, il m'attendait. J'ai dit Orléans, il avait l'air bizarre, il m'a emmené".

- Le thérapeute : "Pourquoi Orléans ? "
- Le malade : "je ne sais pas comme ça, il fallait partir".
- Le thérapeute : "pour aller rejoindre votre mère - vous passez par Orléans pour aller chez vous".
- Le malade : "Oui, c'est vrai, je n'y avais pas pensé. Mais arrivé là-bas, c'est les gendarmes qui m'ont arrêté, puis ils m'ont envoyé à l'hôpital à Paris".

"J'ai voulu me tuer pour échapper au complot, à la menace... je veux me supprimer et on me sort de là - je ne comprends pas et je ne comprends toujours pas - tout me dégoûte..." - Silence - "y a-t-il une différence entre ma mère et ma femme" ?
- le Thérapeute : "quelles différences voyez-vous ? "

Le malade ne répond pas à cette question.

Pendant cette première phase de la psychothérapie, nous n'avons pratiquement pas fourni d'interprétations au malade, mais nous l'avons seulement écouté, assuré de notre protection toute-puissante et qu'il ne serait pas abandonné : les thèmes homosexuels qui apparaissent dans le délire au début n'ont pas été interprétés, ni la peur d'être empoisonné, qui très tôt est exprimée. On voit donc que thèmes oedipiens et thèmes oraux s'enchevêtrent.

Le malade trois mois après le début de la cure nous dit : " je ne savais pas que ma mère était si dangereuse... j'ai peur de ma femme".

"Pour gagner la confiance de ma femme, il fallait que je tue ma mère, mais j'ai préféré me tuer moi-même, ainsi on aurait la paix..." "J'ai eu beaucoup de peine quand mon père est mort... C'était quand même mon père. Après l'enterrement, ma mère m'a demandé de dormir dans sa chambre, et m'a fait poser des verrous sur toutes les portes... ma mère m'a dit avant la mort de mon père : "je cherche un homme !" mais après sa mort elle m'a dit : "ôte-toi de mon soleil ! parce que c'était dangereux de rester près d'elle... ça aurait pu la gêner, lui rendre la vie difficile".

Plus tard le malade s'accuse d'avoir tuer son père, se sent coupable d'avoir désiré tuer son frère aîné, son beau-frère.

La situation oedipienne est clairement exprimée ici : désir de la mère, meurtre du père et culpabilité intense de ce meurtre. La réaction dépressive au deuil existe mais la réaction paranoïaque domine : les verrous sont placés pour se protéger de la vengeance du père. Le père mort, la réalisation des désirs oedipiens n'est pas supportée "ôte-toi de mon soleil" dit la mère. L'inceste est certes interdit et désiré mais du même coup, le père étant disparu, le malade revit ses premières angoisses infantiles.

L'angoisse de castration entre en résonnance avec l'angoisse paranoïde née dans la dyade mère-enfant et la peur d'être tué par la mère ainsi que le rejet de celle-ci sont revêcus.

La protection du thérapeute commence à agir à cette époque et le malade raconte son premier rêve, où celle-ci est exprimée. Notons que depuis le début de sa cure le malade ne s'est souvenu que de 4 rêves -en tout- nous rapportons ici une remarque de DEMENT sans évidemment établir de rapports étroits entre les faits constatés par cet auteur et la rareté des rêves rapportés par notre malade :"Dément a montré que la privation onirique chez les schizophrènes délirants n'est suivie d'aucun rebond de l'activité onirique lors de la phase de récupération, le délire dela veille compensant en partie la privation de rêve". BOURGUIGNON (A) (1).

Le malade : "j'ai rêvé que vous vous battiez

avec mon frère, qui était pétri de méchanceté. Qu'est-ce que vous vous mettiez ! C'était une méchante bagarre, ça m'a fait très peur. Heureusement vous l'avez battu, vous étiez le plus fort".

Le malade n'associe pas à partir des éléments de ce rêve, cependant deux jours après signale "que ce frère aîné, agressif, l'a obligé à se marier", "c'est ce que tu as de mieux à faire" lui aurait-il dit en lui rendant visite à l'hôpital.

A cette époque également le malade commence à parler de ses hallucinations auditives, "on me traite de pédéraste, d'enculé, on me reproche de regarder les filles qui passent... tiens, il regarde celle-ci, puis celle-là... on me reproche même de me masturber..."

Le thérapeute : "je ne vous fais aucun reproche, c'est banal de vous branler en compagnie d'un copain, et d'avoir eu envie des filles qui passaient devant vous, je ne vous le reproche pas".

Toutes les tentatives de déculpabilisation sont acceptées et soulagent le malade. Le délire semble donc se caractériser au début de la cure par :

1 - Un contenu latent oedipien avec désirs homosexuels importants. Une forte culpabilité devant les désirs incestueux et surtout homosexuels - les reproches hallucinatoires le prouvent.

2 - Le clivage bonne mère, mauvaise mère de la position schizoparanoïde s'exprime très clairement. Le malade demande "y a-t-il une

différence entre ma mère et ma femme ? " Il sent alternativement sa femme puis sa mère dangereuse. Il écrit à sa mère avant de se suicider et d'avaler une poignée de barbituriques: "tu es la femme que j'estime le plus de toutes" ce qui est l'expression d'un de ses mécanismes de défense : l'idéalisation du premier objet. "Pour gagner la confiance de ma femme (bon objet), il fallait que je tue ma mère (mauvais objet), mais j'ai préféré me tuer moi-même". Nous pensons que le malade exprime ici sa culpabilité orale qui est gigantesque. Ceci apparaîtra plus clairement ultérieurement.

Pour nous résumer il apparaît donc que le malade se défend contre son angoisse paranoïde intense par le clivage (la mauvaise mère dangereuse qu'il désire tuer pour garder la bonne mère qui protège), l'idéalisation et la projection psychotique, en particulier projection massive de son agressivité, de son désir de tuer sa mère, et de ses désirs homosexuels (la femme est une putain, complotant avec des proxénètes et des flics). Lorsque sa mère lui rend visite, il est très angoissé et dit : "ma mère était au fond du lit, non, dans le fauteuil et elle me disait en pensée, (délire d'influence) "je ne te tuerai pas pour que je ne la tue pas".

3 - Le sentiment d'avoir été rejeté dans son enfance, toujours mis à l'écart, de n'avoir pas été aimé par son père toujours distant, et surtout sa mère. Ce sentiment d'abandon s'est d'abord exprimé gestuellement avant de s'exprimer de multiples fois verbalement par une mimique exprimant dégoût et peine accompagné d'un geste du bras droit étendu horizontalement, paume de la main verticale signifiant la distance qui l'a toujours séparé de sa mère, et des autres.

Au cinquième mois de la cure, les "groupes" expression délirante du clivage du premier objet, apparaissent : "Mon père au mariage de mon frère, lorsque j'avais 18 ans, m'a coincé la main gauche dans la portière - j'ai compris que celà voulait dire, tu es de mon bord, tu es rouge, et de gauche, communiste comme moi. Ma mère était dans une autre voiture, devant, elle était du côté des blancs , elle est catholique".

Remarquons que l'ébauche d'identification au père persiste encore mais que très rapidement le contenu latent du délire va devenir essentiellement pré-génital. "Avant mon mariage, il y avait deux clans, d'un côté des rouges, sans le vouloir d'ailleurs, après mon mariage, sans le vouloir non plus, je suis passé dans les blancs et les rouges m'en ont voulu, ce qui explique ce qui s'est passé. Avant d'être ici avec vous, j'étais tantôt blanc, tantôt rouge, on m'apportait des oranges, j'étais rouge, des bananes, j'étais blanc. Depuis que je suis avec vous je ne suis ni rouge, ni blanc, les deux groupes m'ont exclu. Ils ne me menacent plus, mais si je ne suis plus ici, qu'est-ce que ça deviendra ? "

Le thérapeute : "je ne vous rejette pas et ne vous rejetterai pas ; avec moi vous êtes protégé".

Le comportement du malade à ce moment s'est franchement amélioré : il supporte les entretiens assis, face à face, leurs durées tend à être identiques (45 mn environ), les neuroleptiques sont arrêtés et le malade parle avec les autres patients, lit, écoute la TSF, et va regarder la télévision. Il sort aux week-end, a des rapports sexuels. Il désire apprendre la comptabilité (comme sa femme). Il nous a sem-

blé qu'à cette phase du délire, le malade exprimait sa relation au père en tant qu'objet-partiel (le pénis équivalent au sein) et à sa mère en tant que sein. C'est donc une relation très archaïque d'objet-partiel avec oedipification. Le pénis est tout à tour menaçant, castrant, et protecteur. La relation au sein, à la mère est semblable, tour à tour, gratifiante mais surtout dangereuse. L'équivalence des objets partiels semblent donc ici se déduire facilement.

Remarquons que l'objet qu'il quitte (lorsque le malade change de groupe) est menaçant, et qu'à un certain moment lorsque l'angoisse paranoïde est très intense les changements d'objet sont fréquents ce qui entraînait presque un état confusionnel avec corrélativement une difficulté croissante de trouver un bon objet-partiel. Enfin lorsque le malade dit : "on m'apportait des oranges, j'étais rouge, des bananes, j'étais blanc", il décrit là sa relation au sein, le contenu latent est de toute évidence oral, il s'agit de nourriture, de manger et la couleur des aliments est celle du groupe auquel appartient le malade : le bon sein, dont il ne se différencie pas ("il appartient aux rouges ou au blancs") et celui-ci se transforme rapidement en mauvais sein, persécuteur et rejetant. Le clivage de l'objet lui permet donc, on le voit de se défendre contre la persécution du mauvais objet, car il se trouve avec le bon objet protecteur, protection évidemment non réussie. Ainsi la haine est dirigée vers le sein mauvais, et la protection assuré par le sein bon, qui n'est pas détruit et ne risque pas d'être détruit par la haine. Il ne nous est pas paru alors encore souhaitable de nous identifier aux groupes. Il nous a semblé que le malade n'était pas encore prêt à recevoir cette

interprétation.

Après cinq mois d'hospitalisation et de psychothérapie le malade peut sortir du service et vient ensuite trois fois par semaine à ses séances. Il est ponctuel, cependant vers la fin du mois de décembre 1966, le malade n'entend plus de reproches mais se sent très angoissé par moment, a envie de mourir, "ce serait la solution radicale", décrit des épisodes de dépersonnalisation où "il voyait les choses sans les voir, entendait sans entendre, ne rêvait pas, ne pensait plus".

Il déclarait "tout s'en va, je tombe dans un gouffre, le néant, je ne suis rien" ou bien "quand je rêve ou que je suis dans le vide, je ne me rends plus compte du temps".

Au début de l'année 1968 en février, il est de nouveau hospitalisé pendant trois mois pendant lesquels il sera opéré d'une appendicite. Il se produit à ce moment une importante régression.

L'angoisse paranoïde est alors intense : "les groupes, tantôt les blancs, tantôt les rouges, vont le tuer car quoi qu'il mange c'est toujours ou rouge ou blanc". Les aliments sont donc divisés en deux groupes blancs et rouges et le malade progressivement ne peut plus manger, car c'est finalement s'attaquer aux groupes, puis être l'objet de leur vengeance et il risque "d'être découpé" comme dans ce rêve qu'il a fait au début de cette seconde hospitalisation : "vous étiez avec les infirmières et d'autres médecins, vous aviez des bistouris et des scies et vous vouliez me couper en morceaux". Au cours de la séance qui fait suite à ce rêve, le malade a très peur du thérapeute, est persuadé

qu'il va être tué.

Le thérapeute : "je suis les groupes, je ne vous mangerai pas et vous ne me mangerez pas, je n'ai pas peur, je ne vous couperai pas en morceaux car vous ne m'avez fait aucun mal. Regardes mes mains, elles sont entières, mes bras, mes jambes, mes pieds, regardez ma tête". Le malade est très étonné, regarde mains, bras, jambes, etc... convient qu'il ne m'a pas endommagé. "Vous pouvez manger, je vous le permets, le lait n'est pas le sein, vous pouvez fumer aussi, marcher, parler à qui vous voulez..." "Vous avez très peur de moi comme vous aviez peur de votre mère, mais je ne vous reproche rien. Vous ne m'avez pas fait mal, je vous permets de manger, je ne vous découperai pas..."

Le malade : "Oui, (soulagé) d'accord mais demain ? "

Le thérapeute : "Demain, ce sera comme aujourd'hui, je ne vous ferai aucun mal, je reviens entier, je ne vous abandonne pas".

Le malade reçoit de nouveau une association de Neuroleptiques, car l'angoisse psychotique est trop importante : "je n'ose même pas lever le bras ou bouger mes jambes, j'ai peur que tout s'écroule".

Le thérapeute : "Vous pouvez bouger les bras et les jambes, je suis là, vous ne me faites aucun mal, je suis là, entier, regardez etc..."

Apparaît bientôt une douleur de la fosse iliaque droite, sans fièvre avec hyperleucocytose, le chirurgien consulté décide d'intervenir. Le malade est alors persuadé avant d'en-

trer dans la salle d'opération où nous l'accompagnons qu'il va être découpé dans son rêve... A son réveil, nous lui faisons constaté que c'était un rêve, "qu'il est là entier, et que je suis là entier".

Son état s'améliore rapidement ensuite, le malade peut de nouveau manger, fumer, marcher, parler et après trois mois d'hospitalisation peut de nouveau sortir chez lui.

Le malade : "A certains moments je me dis, il me ment, c'est du barratin, il me trompe comme les autres, cependant c'est avec vous que je ne me sens plus un étranger".

Pendant toute cette période, les interprétations orales sont inlassablement répétées ainsi que les affirmations d'absences d'attaques de notre part et d'absence d'abandon.

Remarquons que les désirs incestueux et homosexuels ont temporairement disparu au cours de cette régression à un niveau oral où l'angoisse de persécution devient une peur d'être morcellé, découpé en rapport avec la peur de dévorer, d'endommager le sein et d'être dévoré. Un tel niveau de régression avec une angoisse paranoïde extrêmement intense est évidemment par moment difficile à supporter, les interprétations également parfois difficile à assumer.

Soulignons ici l'importance de la contre-transférence, de la mobilisation des angoisses chez le thérapeute en sachant que plus le niveau de régression est archaïque, ici oral avec angoisse de dévoration, et de morcellement plus l'angoisse du thérapeute risque d'être grande.

Les mécanismes de défense au cours de cette phase sont les mêmes que ceux précédemment décrit (clivage, projection psychotique massive) avec de nombreux exemples d'identification projectives que nous avons maintes fois observés au cours de cette psychothérapie. Ainsi le malade se présentait en étant persuadé que nous allions "lui couper le cou, l'interner". Ces fantaisies archaïques étaient la projection de ses désirs agressifs sur le thérapeute et la répétition de ses premières relations (interner voulant dire abandonner).

Nous avons essayé d'utiliser le rêve pour faire prendre conscience au malade de sa projection pshychotique en lui montrant que l'angoisse ressentie dans le rêve était la même que celle ressentie à l'état de veille - que dans le rêve il n'avait évidemment pas été découpé mais qu'il avait eu seulement peur de l'être et qu'il avait d'ailleurs constaté son intégrité au réveil. Et ce rêve était fait par lui et par lui seul. Le malade en convient : "Quand vous êtes éveillé il se passe la même chose ; vous avez eu peur qu'on vous découpe avant d'entrer dans la salle d'opération, mais on vous a soigné et non découpé. Dans le rêve que vous avez fait, et quand vous êtes éveillé, c'est la même angoisse". Le but du thérapeute n'est pas d'interpréter le rêve, car le travail du rêve est peu élaboré, mais simplement de faire prendre conscience de la différence entre rêve et éveil et du dénominateur commun de ces deux états, c'est à dire l'angoisse, l'angoisse du rêve risquant d'être mieux perçue comme étant imaginaire.

Après cette importante phase régressive le malade peut sortir chez lui avec de faible dose

de Neuroleptiques (XX ou XXX jouttes d'halopéridol le soir et un comprimé de Nozinan 25 pendant un mois), il s'est considérablement amélioré, si bien qu'en juillet 1967 le malade avec sa femme va un mois en vacances à la campagne. Il en revient détendu, content.

Au cours du mois d'août le thérapeute s'absente 15 jours, ce que le patient de nouveau supporte très bien ; le malade à cette époque travaille d'ailleurs avec un membre de sa famille.

Ainsi en septembre 1967 ce malade dort bien, mange sans angoisse, a des rapports sexuels fréquents, travaille et ne prend plus de neuroleptiques. Il consulte même seul le dentiste qui pose une prothèse et un ophtalmologiste qui constate une baisse légère de l'acuité visuelle et prescrit des lunettes. Le malade choisit des montures identiques à celles des lunettes du thérapeute.

Le malade est très étonné "de pouvoir faire tout sans angoisse importante, de pouvoir aller au palais de la radio et de se mêler à la foule". Il constate également "qu'avec sa mère, ça a beaucoup changé, je ne la sens plus sous le même angle, j'étais avant sous l'emprise de sa volonté. Elle m'aurait demandé n'importe quoi, je l'aurais fait. Maintenant, surtout avec ce qui s'est passé, je réfléchirai, je ne ferai plus n'importe quoi, je ne dis pas que je ne lui ferai pas quelque chose si elle me le demandait, mais ce n'est plus comme avant".

En septembre 1967, le malade ne parle plus de groupes et désire aller voir sa mère dans son village natal "pour y aller chercher ses affaires".

Au retour de ce voyage le malade "a trouvé sa mère gentille, sans plus, sa soeur plutôt agressive, il ne faut pas marcher sur leurs plates-bandes..." Il se sent angoissé et les projections psychotiques recommencent ainsi que les phénomènes de dépersonnalisation.

Dès son retour le malade a décelé des "indices" ; sa femme lui a dit "allume le gaz ! " "ça m'a fait un choc, parce que ça voulait dire qu'il fallait que je disparaisse... oui, une allumette ça brule..." puis voit un roman-photos posé sur la table et y lit "y a-t-il de l'espoir, Docteur ? " est inquiet, a peur aussi lorsqu'à un feu rouge, une femme dans une voiture à côté de la sienne, le regarde, puis démêle ses cheveux, et se regarde dans une glace, le malade comprend alors qu'elle l'a reconnu, que tout le monde le connaît..." Il décrit de nouveau des expériences de dépersonnalisation "lorsque j'ai peur, je change, je ne me reconnais plus, je suis différent de ce que je suis lorsque je vais mieux".

Il fait à cette époque un important acte manqué que l'on peut qualifier de psychotique : le malade a perdu la roue de secours de sa voiture et arrive à sa séance très angoissé, lorsqu'on l'a prévenu qu'il a perdu quelque chose, le malade comprend immédiatement qu'il a "ainsi perdu le fil qui le rattache à quelque chose de ferme".

Il associe ensuite "je l'ai perdue la première fois il y a deux jours et au lieu de la mettre dans mon coffre, je l'ai remise à sa place alors que l'attache n'était pas bonne".

Le thérapeute : La roue de secours, c'est moi ;

c'est vous qui avez perdu la roue... vous désirez que je vous abandonne, mais je ne vous abandonnerai pas, vous répétez ce que vous avez connu pendant toute votre enfance". Cette interprétation de l'acte manqué a rassuré le malade qui dit "avoir peur d'aimer car on risque d'être trompé et alors on tombe de plus haut".

En octobre 1967, nous continuons d'interpréter ses projections psychotiques, exemple : le malade entre dans un café, voit un beatnick à une table... l'ambiance devient alors rapidement hostile, menaçante, et le malade pense aux groupes...

Nous lui expliquons pourquoi il devient angoissé en voyant le beatnick, le "beatnick est différent, comme vous, vous vous sentez différent des autres, comme dans votre enfance, et alors vous vous êtes senti seul et vous avez eu peur comme vous avez parfois peur avec moi".

A la fin de l'année 67, le malade désire de nouveau se tuer, parle peu, ce qui détermine l'apparition de sentiments agressifs chez le thérapeute. Nous en prenons rapidement conscience et constatons que ce rejet désiré et redouté par le malade peut trouver à ce moment facilement un écho et un allié en nous.

Le malade se sent "rejeté par les blancs et les rouges..." dit "qu'il ne lui reste plus qu'à mourir, que d'ailleurs il n'est rien, qu'il a trop de retard par rapport aux autres". Nous rappelons au malade qu'il a été l'auteur de son suicide, "qu'on n'a pas voulu le tuer, mais qu'il a voulu se tuer". Le malade répond alors "des fois "je" c'est comme "on", ça revient au même".

Le malade convient que c'est lui qui a pris les comprimés, a envi de mourir lorsqu'il ne se sent pas aimé "je remarque tout dit-il, la fossette de la joue gauche de mon beau-frère, quand il est content d'avoir lâché une bonne vacherie, et ma belle-mère (la mime en se mordant la langue) qui se mord la langue lorsqu' elle va pîquer... j'ai envi de mourir".

A cette époque le malade exprime le désir d'acheter une voiture neuve mais vit cet achat "comme un complot de sa belle-famille pour le faire tomber plus bas". Nous lui répondons "qu'il se sent coupable d'acheter une voiture neuve comme d'avoir ce beau pull-over neuf, mais que je ne lui fais aucun reproche". Le malade est ravi, il rit.

...Nous arrivons en retard. Une panne de métro est à l'origine de ce retard, ce que nous expliquons au malade. Le malade pense alors que nous l'avons abandonné, le lendemain le malade hésite à venir à sa séance, nous lui interprétons son désir de nous quitter "quand vous pensez que je ne vous aime pas, vous voulez aller dans votre coin comme vous faisiez dans votre cuisine avec votre mère". Le malade se détend, sourit. Il parle ensuite "Du Petit Chose, que c'était un livre qui lui avait beaucoup plu parce que ça lui ressemblait, puis raconte qu'il vivait dans le rêve "là, j'étais bien, j'évitais tout ce qu'il y avait de méchant, de laid". Et "trouve honteux que les parents décharge leur agressivité sur les enfants, les parents sont tout-puissants pour un enfant". Le lendemain, après avoir acheté sa voiture neuve, le malade désire la revendre ! ou la détruire à coups de masse. Il a peur de redéclancher l'agressivité des groupes à cette occasion. "Ma femme montera derrière et moi

avec une casquette je serai le chauffeur de Madame".

Nous lui faisons remarquer que c'est lui qui a désiré acheter la voiture et non sa femme.

"Je suis le Prince consort (qu'on sort). Nous ouvrons la porte et l'assurons que nous ne le rejetons pas, le malade sourit.

Nous lui rappelons, ce qui entraîne une mimique de satisfaction, "qu'il ne peut rien acquérir qui lui fasse plaisir car il se sent très coupable". Le malade dit vouloir se tuer "pour en finir avec tout ça ! " Il est rêveur, silencieux, se caresse avec l'index les lèvres régulièrement. Il est surpris lorsque nous lui répondons "Vous me menacez toujours de vous tuer lorsque vous rencontrez une difficulté, pour me punir de ne pas vous aimer assez, vous faites avec moi comme avec votre mère, mais je ne vous rejette pas et ne vous tue pas, la preuve, vous êtes là entier, et moi aussi". (Le malade sourit).

Le malade prend progressivement conscience du rapport qui existe entre les angoisses de son enfance et de son adolescence où il pensait parfois se tuer, et sa maladie actuelle "tout ça est continu, je le vois maintenant, je me sentais déjà différent des autres".

Lorsque le malade parle de se suicider, nous le lui interdisons "je ne vous permets pas de vous suicider. Je vous l'interdis absolument". Cet interdit est dit avec fermeté et conviction et lui faisons remarquer "que le désir de se suicider est agressif envers moi, car il désire me punir, me rendre coupable de sa mort comme il l'a fait un mois après son maraige en pré-

sence de sa mère". Le malade accepte cette interprétation et les pulsions hétéro-agressives apparaissent bientôt "il n'existe pas assez de place sur la place de la Concorde pour y mettre tout les gens que j'emmerde" ou "si je devais vous tuer par exemple, je vous enfoncerai un couteau dans le ventre seulement, mais je ne ferais pas comme les Arabes qui coupent en plus les organes génitaux".

Le thérapeute : "je ne vous laisserais pas me châtrer et je ne vous châtrerai pas".

Le malade : "Avant j'étais un eunuque" (sourire) et dit avoir envie de giffler sa femme, d'interrompre sa psychothérapie, mais se demande quelles vont être les conséquences de cette décision "comme je ne fais que des conneries depuis 3 ans... j'ai vu hier soir ma femme préparer des cartes pour la bonne année -j'en ai vu deux- comme ça l'une sur l'autre. J'ai pensé que si je ne venais pas vous voir je serais peut-être responsable de la mort de deux personnes".

Le thérapeute : "Avant vous vouliez me tuer, je vous l'ai interdit, vous cherchez un autre moyen d'être rejeté, vous ne voulez plus venir, je ne vous rejette pas - mais vous désirez répéter ce rejet que vous avez toujours connu".

Lorsque le malade désire abandonner son thérapeute celà détermine fantasmatiquement la mort de 2 personnes, c'est à dire vraisemblablement du thérapeute et du malade. L'absence de différenciation une fois de plus apparaît clairement ici.

Au début de l'année 68, en février, le malade

tente de se pendre. Avant sa tentative de suicide pense : "Il (le thérapeute) me barratine" ensuite nous déclare "j'ai essayé 5 fois de me pendre mais je n'ai pas pu..." et "j'ai pensé que vous étiez un enculé, que vous auriez dû me piquer pour que je crève". Le malade, assis, simule alors un coït. Puis ajoute "je ne sais même pas si je suis un garçon ou une fille".

Le thérapeute : "Vous êtes un garçon, vous avez des couilles et une queue. Je ne vous enculerais pas".

Nous hospitalisons le malade pour la troisième fois car son désir de mort est trop intense ainsi que son angoisse paranoïde. Cette hospitalisation va durer 2 mois. Le malade reçoit de nouveau une association neuroleptiques (LARGACTIL, NOZINAN et HALOPERIDOL) par voie buccale. Cette prescription fait naître chez notre malade une peur intense d'être empoisonné par son thérapeute. Cette fantaisie orale agressive est très fréquente chez les psychotiques. Nous répondons au malade : "je ne vous empoisonnerai pas, je ne vous donne que de bonnes choses", et subitement le malade s'accuse d'être un cannibale "je ne savais pas que j'étais un cannibale... (l'angoisse est intense) j'ai mangé 15 personnes, peut-être 60, je ne sais pas quand, je ne sais pas où... maintenant, je le sais, on va me tuer... les Blancs ou les Rouges, je ne sais pas lesquels, vont me tuer".

Il entend alors des voix dans sa tête lui dire "tu vas crever" a compris ce matin en voyant le jardinier vider sa brouette sur le tas d'ordure "qu'il était bon à jeter à la poubelle", et se sent par moment dépersonnalisé, "je sens que ma tête s'en va..."

Le niveau de régression orale atteint lors de cette épisode est le plus archaïque que nous ayons connu au cours de la cure. Les interprétations inlassablement répétées pendant 2 mois ont été uniquement orales pendant toute cette phase où des troubles du comportement majeurs s'étaient installés ; le malade ne mangeait plus par peur de manger quelqu'un que les groupes allaient venger en l'empoisonnant ou en le tuant, ne parlait plus, ne bougeait pratiquement plus et restait couché ou assis dans sa chambre toute la journée. Nous répétons alors : "les groupes, c'est moi, je ne vous empoisonnerai pas, je ne vous tuerai pas, je ne vous abandonnerai pas". Cette identification des groupes (les seins bon et surtout mauvais) au thérapeute nous a semblé essentielle dans l'évolution de cette psychothérapie. Ceci a permis de favoriser la fusion des objets-partiels et l'introjection d'un bon objet.

Cette interprétation a également permis au malade de vivre dans le transfert sa relation initiale à sa mère et très vite nous avons établi le rapport existant entre les groupes et la mère.

"Les groupes, c'est moi, c'est votre mère. Vous avez imaginé les groupes et les avez mis à la place de votre mère car vous aviez peur à 28 ans, au début de votre maladie de reconnaître constamment que votre mère était dangereuse. Si vous l'aviez reconnu dangereuse à ce moment vous auriez perdu le reste d'amour, le peu d'amour qu'elle vous donnait ! "

Cette interprétation du clivage fait répondre au malade, d'une manière très affirmative "c'est exact".

Le thérapeute : "Mais maintenant c'est différent, je suis là, vous pouvez reconnaître sans peur que les groupes c'est votre mère".

Le malade : "Oui, viens ici, fous le camp".

Le thérapeute : "Non, seulement viens ici, avec moi, je ne vous dis pas fous le camp. C'est vous qui voulez vous suicider".

Le malade : "C'est juste, c'est moi".

On voit combien la peur d'être abandonné et la peur d'être empoisonné et dévoré sont intriquées chez ce malade. Ce qui nous a rendu extrêmement prudent ; en effet ce patient très méfiant menace volontiers de se suicider.

Après ces interprétations le malade recommence à manger. Il entend "des voix intérieures mauvaises lorsqu'il me sent mauvais, et bonnes, mais c'est rare, lorsqu'il ne me sent pas dangereux". Le malade ne précise pas plus mais fait les mêmes remarques concernant le manger.

Le thérapeute : "En fait vous avez peur de me manger ? "

Le malade : "Bien sûr ! Y a-t-il de l'espoir ? "

Le thérapeute : Je suis les groupes. Je ne vous mangerais pas et vous ne me mangerez pas".

Le malade : "Ce que je n'arrive pas à comprendre, ce que je trouve bizarre, c'est que deux choses si différentes, si opposées, soient maintenant réunies.

Le thérapeute : "A certains moments vous me

sentez bon, à d'autres dangereux et c'est toujours moi..."

A la fin du mois d'avril 1968, le malade ne se sent plus persécuté par l'entourage, mais a uniquement peur du thérapeute. Il mange normalement, dort bien et demande à sortir du service.

C'est alors que le malade nous fournit le matériel expliquant sa récente et brutale régression : au début de l'année le malade avait eu très envie d'une voisine âgée environ de 18 ans avec qui il désirait coucher... "Mais c'était d'une force anormale, dit-il, j'avais l'impression qu'on m'obligeait à la désirer, que quelqu'un que je ne connaissais pas me poussait à le faire. Je me suis masturbé, je la voyais en me masturbant. J'avais des pensées que je ne pouvais pas chasser ("coucher avec elle"), je me sentais très mal".

Le thérapeute : "Vous vous êtes senti tellement coupable d'avoir envie de cette fille et de vous masturber, que vous avez fait venir votre désir du dehors, de quelqu'un d'autre pour ne plus vous sentir responsable" (autonomie du ça).

Le malade : "Oui ! "

Le thérapeute : "Votre peur de me parler de cette jeune fille et de vos masturbations est la même que celle que vous ressentiez lorsqu'à 14 ans vous vouliez en parler à votre père et à votre mère".

Le malade : "Je suis d'accord".

Le thérapeute : "Vous avez eu peur que je vous

coupe le doigt dans la portière comme votre père ? Je ne vous fais aucun reproche... etc.

Nous avons ici un bel exemple de clivage avec projection des désirs fortement culpabilisés, qui n'apparaissent plus appartenir au malade (Projection du ça).

On voit avec quelle facilité l'angoisse de castration entre en résonnance avec l'angoisse de dévoration et de morcellement, combien la culpabilité orale qui est gigantesque facilite l'émergence d'une intense angoisse de castration qui n'est guère supportable et détermine le processus régressif.

Le malade va en vacances en Septembre 1968. Elles sont excellentes. Va en mer avec des pêcheurs à qui il a demandé de l'emmener pendant 14 heures, va également au café, au cinéma.

En octobre 1968, apparition de quelques projections psychotiques mais elles sont fugaces et le retour à la réalité après interprétation semble obtenue. Exemple : on tourne objectivement un film dans ma rue en face de chez moi. Cette situation inhabituelle favorise les projections du malade et il pense "qu'on le filme, que j'ai organisé la mise en scène pour le livrer en pâture à la population".

Le thérapeute : "Vous pensez que je vous en veux d'avoir voulu me tuer et que je vais livrer le coupable. Mais je ne vous accuse de rien puisque je suis là et que vous ne m'avez fait aucun mal. La télé et les journaux ne parleront pas de vous, le film qui se fait devant chez moi n'a rien à voir avec moi. Mais vous, vous avez eu peur de faire du mal à votre mère et d'avoir tuer votre père. C'est de celà

que vous vous sentez coupable. Je ne vous accuse de rien".

Est rassuré et convient deux jours après que c'était ses pensées et que l'on n'a pas parlé de lui à la télé, dans les journaux.

Il rêve "à une femme jeune, cuisses écartées, dont il ne voit pas le sexe mais qui a une fente béante sur le ventre -ça ne saigne pas- ce n'est pas angoissant. C'est peut-être un accouchement, une césarienne. Cette jeune femme riait... son rire était moqueur..." "Comme celui de certaines prostituées ou de sa mère, de sa femme ? " Le malade ne se souvient plus de rien, n'associe pas plus.

Au début de l'année 1969, apparition de pulsions hétéro-agressives, d'un comportement hystérique avec grimaces, gesticulations. Le malade essaie d'abîmer le fauteuil dans lequel il est assis, gratte avec ses talons le tapis.

Le thérapeute : "Je vous interdis d'abîmer mon fauteuil et mon tapis. En réalité c'est moi que vous voulez démolir. Je vous l'interdis".

Le malade rassuré dit en souriant : "ça vous ne me l'avez jamais dit ! "

Le malade ne vient pas à la séance suivante et fait dire par l'intermédiaire de sa femme "qu'il a envie d'être libre et de faire comme il l'entend".

Il reprend néanmoins ses séances. Elles sont pratiquement silencieuses. Le silence est pesant, ressenti par le thérapeute comme très agressif.

Le thérapeute : "Vous avez peur de me dire quelque chose d'agressif ? des injures ? "

Le malade : "Oui, des fois c'est vrai je vous traite de pédéraste, d'enculé". Il parle ensuite d'un sergent en Algérie "qui l'aimait et l'avait pris en main, qui ne le lâchait pas d'une semelle..."

Nous faisons alors comprendre au malade qu'il se défend actuellement contre ses désirs homosexuels qui lui font peur et établissons un lien entre les sentiments et les injures qu'il m'adresse, ses souvenirs d'Algérie et les injures que lui disaient ses voix lorsque son délire a commencé. Le malade est alors franchement soulagé, se met à rire et part détendu.

Le malade à la séance suivante déclare "oui, maintenant j'ai moins peur de vous, mais on ne donne pas facilement sa confiance à quelqu'un... Je me mets maintenant à avoir peur du gaz, que je ferme plusieurs fois, de l'électricité, de ma voiture..." est gai et rit.

Il commence à parler sur un registre qui n'est plus délirant des rapports sexuels de ses parents "ne savait pas qu'ils en avaient quand il était petit -à 9 ans, il n'avait pas vu que sa mère était enceinte". L'interprétation de cette dénégation est faite d'une façon classique à un niveau oedipien. Puis parle "qu'il regardait sa grande soeur se laver nue par le trou de la serrure". Il s'était ensuite senti très coupable...

Au début du mois de février 1969 apparaît un état Hypomaniaque. Le malade parle peu à ses séances et rit pratiquement tout le temps "je ris sans comprendre pourquoi, ce qui doit ca-

cher quelque chose, ça ne va pas durer... hier je me suis mis en colère, je me sentais des muscles ; ça m'a fait du bien, je me sens un homme, il y a longtemps que celà ne m'était pas arrivé".

Le malade refuse de nouveau de venir à ses séances, dit à l'une d'elle "Kamikaze" ! Nous lui répétons l'interdit de nous attaquer, et que s'il n'a pas envie de parler actuellement, nous déciderions son hospitalisation. Cette hospitalisation a été décidée et a duré 1 mois.

Le malade reçoit de nouveau des neuroleptiques et vient régulièrement à ses séances à raison de 3 par semaine. Il n'exprime pas actuellement d'idées délirantes mais se plaint d'une grande fatigue, d'une peur difficile à définir...

Cette cure psychothérapique d'un délire paranoïde n'est donc pas terminée ; nous espérons ultérieurement compléter cette observation. Signalons, enfin, que la femme du patient a été prise en charge psychothérapiquement par un autre thérapeute.

-:-

QUATRIEME PARTIE

REMARQUES GENERALES AU SUJET DES PROBLEMES QUE POSE LA PSYCHOTHERAPIE DES PSYCHOSES.

1 - Les indications de psychothérapie analytique.

La meilleure indication de psychothérapie analytique est posée par la révision des données suivantes nous dit RACAMIER (12).

a) Concernant l'histoire du malade : le père existe et a du poids. Le ou la malade n'est pas enfant unique ; les difficultés infantiles ont été relativement localisées ; un membre de l'entourage a constitué un objet d'identification acceptable ; les parents peuvent exprimer les affects ; le malade a pu jadis ou naguère engager des activités et des relations sociales, voire amoureuses, même s'il les a râtées.

b) Concernant l'histoire de la maladie. Le début manifeste en est relativement récent et fut assez vif ; l'aspect clinique a varié ; l'âge n'est pas trop avancé. Les bénéfices du refuge dans la maladie ne sont pas écrasénts ; il y a des moyens d'expression disponibles qu'ils soient verbaux ou non. Il n'y a pas eu de multiples traitements bâclés.

Ce ne sont là que des indications générales et leur valeur ne saurait être absolue. Il n'en reste pas moins que la grande tâche initiale du psychanalyste est moins de porter un diagnostic, ce qui est généralement aisé, que d'apprécier les ressources cachées du malade, et les possibilités d'instaurer une situation thérapeutique solide.

Dans cette tâche nous disposons de deux moyens d'investigations priviligiés : l'intuition et l'observation dynamique :

L'intuition opère au niveau subconscient sur des données affectives, qui pour être codifiables, répondent néanmoins à des réalités de première grandeur ; c'est ainsi qu'on peut généralement se fier, comme à une donnée clinique très sûre, au fait que tel malade, quoi qu'il paraisse, fait vibrer chez le thérapeute la corde de l'intérêt, de l'empathie, et il est bien vrai que celui qui, par quelque voie que ce soit, sais susciter l'intérêt, garde à travers toute apparence une authentique "ouverture objectale". Une étude a d'ailleurs démontré que dans les meilleurs résultats le psychothérapeute avait éprouvé d'emblée une impression favorable du malade (cette impression était souvent réciproque). Il s'ensuit d'ailleurs qu'une cure peut réussir mieux avec un thérapeute qu'avec un autre non moins doué.

L'observation dynamique du malade, soit dans le psychodrame analytique, soit dans les révisions de psychothérapie institutionnelle est un moyen d'appréciation actif, vivant, efficace, beaucoup plus fidèle et plus conforme à la démarche psychanalytique que la cueillette de faits isolés.

Il est des cas où l'indication de la psychothérapie analytique peut être posée rapidement et assez sûrement, dans d'autres, encore plus fréquents, l'orientation thérapeutique ne peut être choisie qu'au terme de cette période initiale d'observation acquise que nous venons de mentionner. Ce qui reste toujours important est de ne point partir avec un préjugé théra-

peutique déjà fixé. Enfin RACLOT (9) insiste sur l'importance de l'angoisse comme étant un élément favorable important.

2 - Les techniques de début de cure.

Le début est avec les schizophrènes d'une importance déterminante. RACAMIER indique qu'il s'agit de séduire le malade, sans renoncer à la fonction analytique et sans bloquer le transfert négatif. Ajoutons qu'un travail institutionnel bien conduit facilite et prépare le début de la cure.

Les auteurs Kleiniens donnent très précocement des interprétations profondes. D'autres s'en abstiennent. Il n'y a pas de tactique uniformément préférable.

Pour le psychanalyste, de savoir s'identifier à son patient, pénétrer son vécu, le considérer en tant que personne, d'apprécier sur quel "secteur" du Moi il peut s'appuyer.

Et pour le patient de sentir peu à peu que le psychanalyste peut l'entendre, s'intéresser à lui, mais ne s'associe pas à ses procédés pathologiques (13).

Faisons remarquer que la fréquence et la profondeur des interprétations au début nous semble essentiellement fonction du niveau de régression.

3 - Des interprétations.

Les auteurs Kleiniens ne font, disent-ils qu'interpréter et ils le font précocement (Rosenfeld, 1965). Par contre, WEXLER

(1965), ainsi que LICHTENBERG (1963), considèrent les interprétations comme inefficaces, inadéquates et inutiles. Les interprétations de ROSEN sont plutôt des interventions de contact.

Il est vrai que nombre d'interventions du psychanalyste auprès du schizophrène ne sont pas de véritables interprétations. Et il ne nous paraît juste ni d'interprêter toujours, ni de n'interprêter jamais.

RACAMIER conclut :

que les interprétations doivent être assez rares mais les interventions fréquentes surtout au début.

que l'interprétation doit toujours tenir compte à la fois du ça et du Réel.

que l'interprétation doit être appuyée sur un rappel du réel et sur la prise en considération simultanée et revalorisante des réalisations saines du Moi du malade.

que l'interprétation a souvent pour porter, à prendre une forme active ; il n'est même pas mauvais qu'elle soit véhiculée sur les ailes d'une réaction contre-transférentielle de l'analyste, pourvu, bien entendu, que celle-ci soit une réponse adéquate au transfert du malade.

que l'interprétation doit porter sur la totalité du comportement du malade, et non pas seulement sur le matériel verbalisé, qui n'est souvent qu'une défense.

Dans notre travail il nous est apparu que lorsque nous interprétions nous adoptions la marche suivante : nous tentons de passer du contenu manifeste du délire à son contenu latent c'est à dire de passer des fantaisies délirantes aux fantasmes inconscients et celà dans la relation transférentielle, puis à partir de celle-ci d'établir et de montrer le rapport qui existe, immédiatement, entre le fantasme et la réalité objective et si possible, d'établir des rapports entre le vécu transférentiel confronté au réel objectif et le passé du malade, puis de favoriser cette confrontation avec l'avenir. Il nous paraît intéressant de souligner que lorsque la régression est profonde, la seule référence à la réalité objective nous paraît être le corps du malade et du thérapeute.

4 - Les interdits.

S'il est nécessaire de déculpabiliser fréquemment ces malades, il est tout aussi nécessaire de leur interdire et de "faire passer ces interdits".

Dans l'observation rapportée ceux-ci n'ont porté que sur deux points et ont été dits avec fermeté et présentés d'une façon absolue. Nous avons interdit au malade de se suicider et de nous attaquer physiquement, c'est à dire les manifestations majeures de l'agressivité. Il nous a été facile d'interdire l'hétéro-agressivité, beaucoup moins facilement l'auto-agressivité. Finalement, l'interdit est protecteur donc gratifiant.

5 - Les associations thérapeutiques.

La prescription de neuroleptiques par le psychothérapeute ou le plus souvent par un psychiâtre est de pratique courante. Nous n'insisterons pas sur cet aspect, soulignons seulement qu'elle entraîne souvent des fantaisies d'empoisonnement, que celle-ci peut ainsi aider le malade à prendre conscience du rapport qui exsite entre ses fantaisies et la réalité.

Quant aux hospitalisations elles sont décidées dès que l'angoisse, l'agressivité, les risques de suicide sont trop importants. Si celle-ci est refusée, le thérapeute doit à notre avis se montrer très ferme et l'exiger. Dans ce dernier cas, le refus d'hospitalisation rejoint le problème des interdits dont nous venons de parler. Enfin, une association thérapeutique importante est la prise en charge psychothérapique de la famille du malade.

6 - Terminaisons de cure.

Deux remarques serviront d'introduction à ce problème :

- la première est qu'aucun patient ne résout aucun conflit que son analyste n'ait résolu d'abord.

- et qu'aucun patient ne guérit par l'analyse quand l'analyste tient narcissiquement à cette guérison.

Ultérieurement le traitement se rapprochera dans les meilleurs cas, d'un traitement psychanalytique classique. Cependant, souligne RACLOT M. (9) le manque psychotique spécifique impose toujours sa marque aux problèmes posés et à leur approche. Rappelons que ROSEN fait succéder à l'analyse directe, une psychanalyse.

7 - Les issues thérapeutiques.

L'apparition d'une névrotisation est fréquente et désormais classique : soit de style hystérique, soit plus souvent de style obsessionnel ; on la respecte dans la mesure où il s'agit d'une névrotisation stabilisatrice, modérée et relativement peu gênante. Les schizophrènes guéris sont adaptables et adaptés, mais pas autant que les sujets sains.

Leur adaptabilité consiste pour une part notable à connaître leurs limites de tolérance, et à ne point les outre-passer (ce qui représente une belle victoire sur leur masochisme grave et sur leur volonté de toute-puissance). Ce n'est pas qu'en présence de quelque situation difficultueuse, ils ne présentent jamais de bref retour à des mécanismes psychotiques, mais l'important est que ce mouvement régressif soit vite analysé et surmonté.

Rappelons ici qu'à vouloir être narcissiquement trop perfectionniste le psychanalyste bloque le processus de guérison de son patient. Assez fréquemment le malade sort de la psychose pour devenir un caractériel.

L'issue vers une organisation caractérielle perverse est moins heureuse. Les relations entre le registre psychotique et le registre pervers, abordées mais non connues, restent d'ailleurs à préciser.

L'éventualité de l'établissement d'une relation de dépendance interminable, sur le mode connu de la toxicomanie d'objet est possible.

Il semble que certains patients passent du registre schizophrénique au registre maniaco-

dépressif, qui est bien moins coûteux et grave.

L'issue redoutable est celle des cures avortées qui sont à l'origine de régressions graves ou de chromicisation. RACAMIER (12).

Une guérison réelle implique :

- non seulement la disparition des symptômes,

- mais la possibilité de se passer de tout traitement et de tout thérapeute, conclut RACLOT M. et LAURAS A. (9).

-:-

CONCLUSIONS

-:-

Dans notre introduction à ce travail sur la Psychothérapie des psychoses, à propos d'une psychothérapie psychanalytique individuelle d'un délire paranoïde nous avons cité les différents chapîtres de notre ouvrage qui se structure de la façon suivante : l'histoire et la définition de la notion de schizophrénie ainsi que l'histoire de la psychothérapie des psychoses est d'abord exposée, puis l'observation du cas traité fait la matière du deuxième et troisième chapîtres, enfin nous avons terminé par des remarques générales au sujet des problèmes que pose la psychothérapie des psychoses.

Dans la première partie nous étudions l'historique d'abord, du concept de schizophrénie en insistant particulièrement sur les travaux de BLEULER, sa description du symptôme fondamental de l'affection, la Spaltung, puis nous avons donné la définition classiquement admise de la schizophrénie (H. EY).

Nous avons ensuite longuement exposé la théorie psychanalytique du délire en rappelant tout d'abord les réflexions de FREUD sur le délire, ses remarques sur les premières relations objectales, sur le stade oral et le cannibalisme qui sont ensuite reprises par ABRAHAM et sur-

tout M. KLEIN que nous citons très largement. Nous avons insisté sur les premières relations d'objet-partiel, sur la naissance, la cause et l'administration de l'angoisse paranoïde ou de persécution, et sur les mécanismes de défense dont dispose le moi du bébé pour faire face à cette angoisse de dévoration et de morcellement, c'est à dire le clivage de l'objet interne et externe, ainsi que des pulsions, le déni, et l'idéalisation, la projection et l'introjection. Cet ensemble caractérise la position schizo-paranoïde. Nous avons également étudié ses rapports avec la position dépressive ce qui nous est apparu essentiel pour saisir les angoisses qui accablent les schizophrènes.

Après M. KLEIN, nous avons étudié les conceptions théoriques du délire de J. ROSEN qui résume admirablement la problématique schizophrénique "les psychotiques vivent directement à l'ombre du sein. On peut en tirer deux conclusions : la première est que leur vie psychique se déroule au stade de la première enfance ; la deuxième est que ce sein dont ils ont tant besoin menace leur existence".

J. ROSEN et M. A. SECHEHAYE insistent, tous deux, sur le caractère catastrophique de l'angoisse d'abandon de ces malades.

S. NACHT et P.C. RACAMIER, en 1958, nous montrent comment"le délire est à la fois une manifestation de peur et une défense contre cette peur..." et ces auteurs mettent particulièrement l'accent sur l'étude des états primordiaux du délire où l'angoisse psychotique, désintégrante, disjoint les pulsions agressives et libidinales, efface les limites entre le soi et le non-soi, le vrai et l'imaginaire.

Dans la deuxième partie de ce premier chapître nous exposons l'historique de la psychothérapie analytique des psychoses et nous avons avec C. MULLER, passé en revue les chercheurs, qui se sont occupés de ce problème au cours des cinquante dernières années, en citant ou étudiant les travaux de JUNG, MAEDER, BRILL, ABRAHAM, ITTER, de BJERRE en 1912, d'HOLLOS en 1914 qui inaugure le style du dialogue, remis en honneur ces dernières années par ROSEN, de CLARK qui insiste sur l'importance de la problématique pré-génitale, de CORIAT etc...

Nous avons ici particulièrement insisté sur les méthodes de F. FROMM-REICHMANN, de M. A. SECHEHAYE et de J. ROSEN, qui ont bouleversé la psychothérapie des schizophrènes, notre connaissance du transfert psychotique ainsi que du contre-transfert du thérapeute, dont nous reprenons en fin de chapître la description avec P.C. RACAMIER.

Le deuxième chapître est consacré à l'étude de l'observation du cas avant la psychothérapie ; l'étude de l'enfance du malade nous révèle qu'il présentait une structure psychotique, qu'un bref épisode délirant spontanément régressif avait eu lieu à l'âge de 20 ans, 8 ans avant qu'éclate le délire.

Le troisième chapître est l'étude du délire paranoïde, de la relation psychothérapique c'est à dire du transfert et du contre-transfert. Nous y voyons l'évolution du délire, au cours de ces trois années de cure, et sa signification, nous y étudions tout particulièrement les phases très régressives qui s'y produisent où l'angoisse de dévoration est à l'oeuvre ainsi que les mécanismes de défense les plus primitifs.

Nous avons cherché à chaque fois les causes de ces régressions, et avons rapporté les moyens psychothérapeutiques qui ont permis au malade d'en sortir.

Dans le quatrième chapître, qui termine cette thèse, nous exposons quelques remarques qui nous sont apparues importantes au sujet des problèmes que pose la psychothérapie des psychoses.

Nous y traitons des indications de la psychothérapie analytique des psychoses, des techniques de début de cure, des interprétations, des interdits, de la terminaison de cure, des associations et issues thérapeutiques.

Il n'est pas nécessaire de souligner l'intérêt considérable que soulève l'étude de la schizophrénie et de son traitement psychothérapique : théorique, elle nous fait saisir les premières relations de l'enfant, nous fait découvrir l'organisation des couches les plus archaïques de l'inconscient, pratique, elle bouleverse l'abord et le traitement de ces malades.

-:-

Vu :
Le Président :
Signé : E. HOUSSET

Vu :
Le Doyen :
Signé : G. BROUET

Vu et Permis d'Imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris :
Signé : Jean ROCHE

B I B L I O G R A P H I E

-:-

(1) BOURGUIGNON (A.)
Neurophysiologie du rêve et théorie psychanalytique. La psychiatrie de l'enfant, 1968, 11 : 60

(2) ELLENBERGER (H.)
Psychothérapie de la schizophrénie, Encyclopédie Médico-Chirurgicale, 1952, Psychiatrie 2 : 37295C10.

(3) EY (H), BERNARD (P.), BRISSET (Ch.)
Manuel de Psychiatrie, Paris, Masson, 1963.

(4) FREUD (S)
Essai de psychanalyse, Paris, Payot.

(5) FREUD (S.)
Totem et Tabou, Paris, Payot.

(6) KLEIN (M.), ISAACS (S.), HEIMANN (P.), RIVIERE (J.)
Développements de la psychanalyse, Paris, Presses Universitaires de France, 1966.

(7) KLEIN (M.)
Essai de psychanalyse, Paris, Payot, 1967.

(8) LAPLANCHE (J.) et PONTALIS (J. B.).

Vocabulaire de la psychanalyse, Paris, P.U.F. 1967.

(9) LAURAS (A.) et RACLOT (m.)
Schizophrénie et psychothérapie intensive, confrontations psychiatriques, 1962, 2 : 139-156.

(10) LEBOVICI (S.) et MAC DOUGALL (J.)
Un cas de psychose infantile, Paris, P.U.F. 1960.

(11) MULLER (C.)
Les thérapeutiques analytiques des psychoses, Revue française de psychanalyse, 1958, 22 : 575-612.

(12) NACHT (S.) et RACAMIER (P. C.)
La théorie psychanalytique du délire, Revue française de psychanalyse, 1958, 22 : 419 - 523.

(13) NACHT (S.)
La psychanalyse d'Aujourd'hui, Paris, Presses Universitaires de France, 1967.

(14) ROSEN (J.)
L'analyse directe, Paris, P.U.F., 1960.

(15) SECHEHAYE (M. A.)
Introduction à une psychothérapie des schizophrénes. Paris, P.U.F., 1954.

-:-